

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão São Carlos, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CEP: 69.000-000 Fone: (16) 341.470/0001-44 FAX: (16) 341.470/0001-44
E-mail: roraima@roraimaenergia.com.br
CNPJ: 02.341.470/0001-44

0045430-3

Nº da Nota Fiscal

5238774

A Partir da data de emissão desta Nota Fiscal, a Tarifa de Distribuição de Energia Elétrica - TDEE, de acordo com a Lei nº 12.430 de 24 de abril de 2002.

FCAM

PERÍODO DE FATURAMENTO	CONTÊNDIO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
15/06/2020	528	451,14

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA
R. NILDA SOBRAL GUEDES 16 - UNIAO

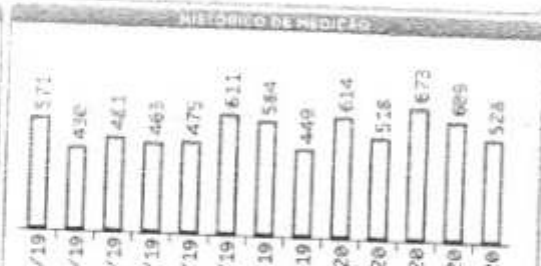
CPF: 00062900390249

DADOS DA LEITURA (KWH)	DADOS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 49,71	Atual: 21/05/2020	Grupo/Subgrupo: 11111
Anterior: 49,71	Anterior: 21/04/2020	Classe/Subclasse: 11111
Data de Leitura: 21/05/2020	Anterior: 21/04/2020	Localização: RESIDENCIAL
Constante de Multiplicação: 20	Anterior: 21/04/2020	Localização: 217
Consumo Medido: 1.650	Anterior: 21/04/2020	Forma de Faturamento: 2200000
Consumo Faturado: 528	Anterior: 21/04/2020	Modalidade: NORMAL

DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
CONSUMO	528 A R\$ 0,753650 = 397,92
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 03/20-00	0,01
CORREÇÃO MONETÁRIA IC 03/20-00	4,35
MULTA POR ATRASO DA 1 03/20-00	1,01
JUROS DE MORA POR ATR 03/20-00	0,23
MULTA POR ATRASO 03/20-00	20,37
JUROS DE MORA DE JARD 03/20-00	3,62
ELIMINAÇÃO PÚBLICA	33,63

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

Medida 12 meses:



MENSAGENS IMPORTANTES
REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita à suspensão de fornecimento de energia elétrica em razão de inadimplência, conforme consta no sistema de controle de consumo de energia elétrica. O cliente deve regularizar a situação financeira para evitar a suspensão do fornecimento de energia elétrica. O prazo para regularização é de 10 (dez) dias úteis, contados a partir da data de emissão desta Nota Fiscal. O não atendimento ao prazo acarretará a suspensão do fornecimento de energia elétrica.

Declaramos autenticar o valor da conta no ato de 2019 (Lei 12087/09).
LIGUE 08007219120 PARA VENCIMENTO: 15/06/2020

RESERVAÇÃO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$
Energia: 397,92	Base de Cálculo: 397,92
Encargos: 12,20	ICMS: 17,88
Tributos: 1,01	PIS: 2,17
Transmissão: 0,00	COFINS: 0,23

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
Índice	Medida	Transmissão	Área	Medida	Transmissão
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92
Realizado	0,51	1,00	0,00	0,00	0,00

ROTA: 7.001.11.03.336100



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão São Carlos, 891 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
FONE: (16) 341.470/0001-44

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR - R\$
0045430-3	451,14
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
05/2020	15/06/2020

Nº da Nota Fiscal: 5238774

FCAM

83620000004 7 51140075000 2 000000000045 5 43030520008 0



UC: 0045430-3 DT. LEIT.: 21/05/2020 T. ENTR.: 04
49099 NORMAL TOTAL: 451,14 CARGA: 005
DT. VENC.: 15/06/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4201

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Botafogo - HGB / PSPE
Av. Dr. Roberto Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação
Verde
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Reclassificação
Verde
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Ass.

Raquel L. Salazar

Téc. Enfermagem
COREN-RR 001.058.491-78

ESTADO DO RIO DE JANEIRO		24/10/2015 07:25:38		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07/15	
Paciente		MARIA ANTONIA FÉLIX DE SOUZA		Data Nascimento		Idade		CNS	
Data Doc.		Documento		Orgão Emissor		Data Emissão		CPF	
Sexo		F		Estado Civil		CASADO(A)		PARDA	
Raça/Cor		Pai		Naturalidade		Nacionalidade		BRASILEIRA	
Contato		(95) 98407-3331		Ocupação					
Endereço		RUA - HILDA SOBRAL GUEDES - 16 - UNIAO - BOA VISTA - RR							
Classe no Plano		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
Caráter do Atendimento		URGÊNCIA		Profissional de Atend.		Procedência		Temp.	
Tipo de Chegada		SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por		KAREN GARCIA	
Sintoma Principal									

GSC
AO 1234 RV 12345 MRV 123456

15

Relato do paciente: Colisão moto - veículo em movimento com pedestre. Lesões em membros inferiores. Dor intensa. Hemorragia ativa. Trauma abdominal. Exame físico: sem alterações. Exames de imagem: tomografia abdominal sem alterações. Exames de laboratório: hemograma sem alterações. Diagnóstico: lesão por colisão. Tratamento: analgesia, hemostático. Evolução: estável. Alta para casa com medicação.

Exames Complementares: Hemograma, Coagulograma, Radiografia de Tórax, Ultrassom de Abdome.

PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Dor abdominal - 2g (C) 07/24h					
Antibiótico - 2g (C) 07/24h					
Hemostático - 2g (C) 07/24h					
Analgesico - 2g (C) 07/24h					
Anticoagulante - 2g (C) 07/24h					
Insulina - 2g (C) 07/24h					
Vitamina - 2g (C) 07/24h					
Outros - 2g (C) 07/24h					
UNIAO SETOR 3 - 8mg (C) 10/24h					

HOSPITAL GERAL DE BOTAFOGO
Av. Dr. Roberto Eduardo Gomes, 3308
Botafogo - RJ (RJ) 21221-0620
ATENDIMENTO
14 JAN 2017

Carimbo e Assinatura do Médico
Data e Hora da Saída/Alta: 14/01/2017 14:00h



11/2016 : Cimagi. fol

Trauma acidente com
fratura proximal

Hemodinamically stable
vital signs, femur seen clearly. Abdomen
flat, lungs clear, no contusions
one pelvic

TC : / Abdomen & pelvis
clear.

Discharge to Cimagi. fol

11/17
Dr. Josué R. Pérez
Médico de Urgencia y Emergencias
C.R. 1117

13551



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Ata 2011

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

Maria Antônia Felix de Souza

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

Maria Antônia Felix de Souza

1699945

08/10/74

Maria Ferreira Felix

Rua Rilda Sbral Gomes 16, unicas

Brasília

212

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - HISTÓRICO CLÍNICO E SINTOMAS CLÍNICOS

Uso Insulina em dose 6 e 12 unidades

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

para o tratamento de diabetes

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

20 - DESCRIÇÃO DO EXAME

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

5857

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

Tratamento ambulatorial de diabetes

040602051

24/10/18

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

32 - ACIDENTE DE TRABALHO

33 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNAS DA EMPRESA

40 - CBO

41 - CBO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO

44 - EMPREGADOR

45 - AUTÔNOMO

46 - DESEMPREGADO

47 - APOSENTADO

48 - NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

46 - DOCUMENTO

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

415030013

0908050500 - 5822

0406020515

24/10/18

BOLETIM OPERATÓRIO

*plano Antena Torre
de Luz*

Data: *24/10/18*

O.S. _____

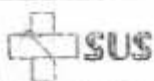
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Tram. vascular direita - n. 18*
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: *base do punho do membro*
TIPO DE INTERVENÇÃO: *Explor. total de n. 18*
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

QUIRURGO: *Thiago Lima* 1º AUXILIAR: *Eliz. Henrique*
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: *raiva*
ANESTESISTAS: *R. n. 18* ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Punho e n. 18 - membro superior
- ② Punho e n. 18 - membro superior
- ③ Punho e n. 18 - membro superior
- ④ Punho e n. 18 - membro superior
- ⑤ Punho e n. 18 - membro superior





Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Acidente Transitório com
hemiparesia extensora direita
e exposição dosseja

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

QUADRA

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Acidente transitório com hemiparesia
extensora direita e exposição dosseja

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DO DOCUMENTO

30 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

32 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

33 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE, DOENÇA OU VIOLÊNCIA)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - Nº DO BILHETE

37 - SÉRIE

38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNIE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO

43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

45 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

46 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

BOLETIM OPERATÓRIO

Date: 24/10/18

O.S.

Dr. Antonio Felix

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

ANESTESISTA:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º aUXILIAR

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Encontra-se grande ferimento com
descolamento extenso lesões
muscular exposta osseas
lesão vascular
Fech LTC
Fechado extenso 250 mm
Vale TNC

Carlos Henrique da Rosa
Médico
CRM 153



GOVERNO DO ESTADO DE RORÔNIA

"Assistência Paralela aos Indígenas"

Emergência

FICHA DE ANESTESIA

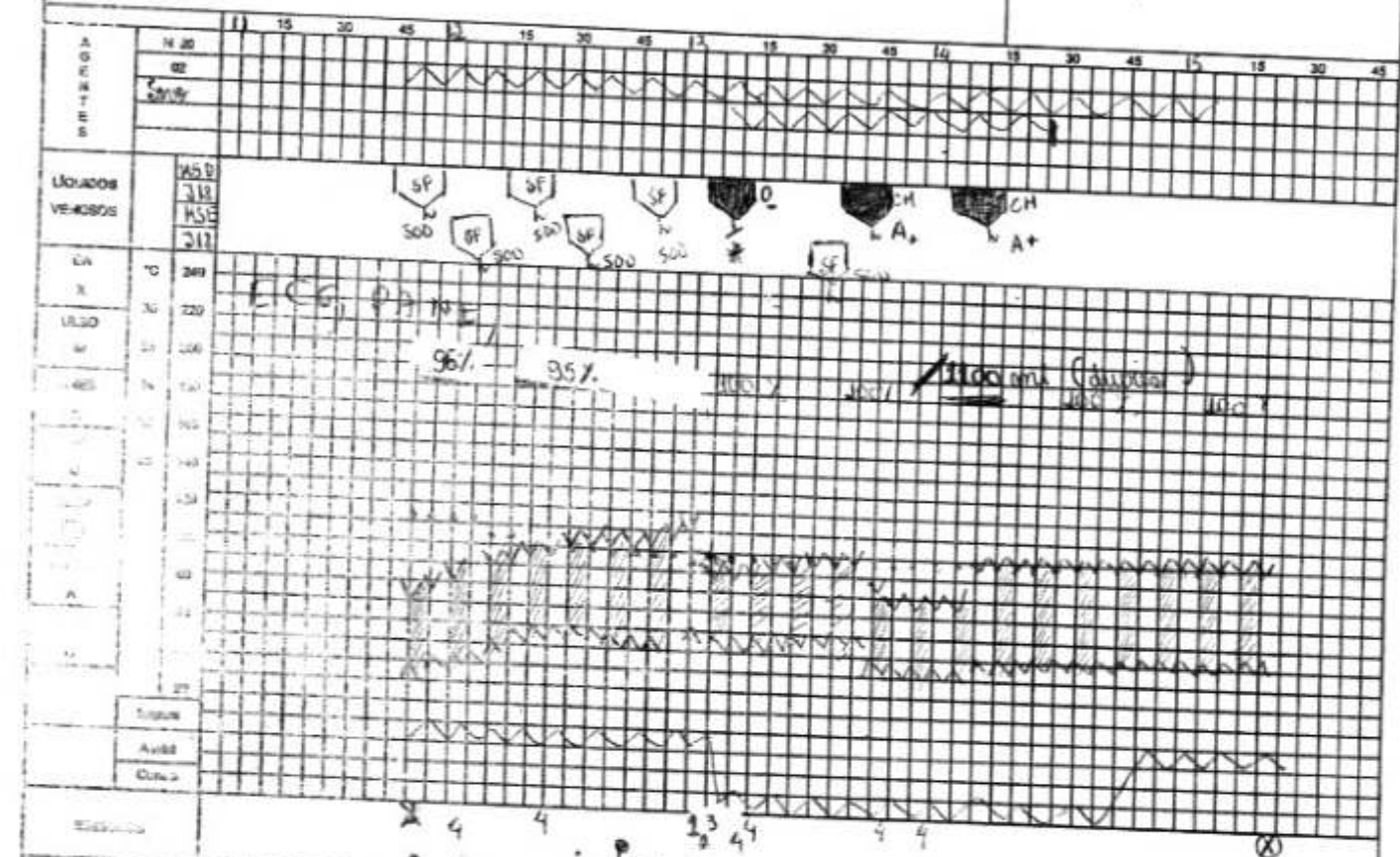
Maria Antunes Felipe de Souza

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FNT 25 mg ev

Nº

24/10/18



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
1. Fentanyl	125 mcg	Ind: EV + INHALADA em sistema com absorção	X PaO ₂ 80 mmHg com O ₂ 40%
2. Roc	35 mg		24. Indicação SI/min
3. Propofol	20 mg		3. Propofol 20 mg + Roc 35 mg ev + Indul 25 mg ev
4. 2000 mcg		Ventilador controlado por computador	4. Jato em tubo 3.0 mm c/w P + FNT 50
5. 4000 mcg			3 O ₂ + 8 mg fentanyl 4 Epidura 5 mg ev
6. 8000 mcg			* com 6. Anestesia b 10 O ₂ . Pouco oporção tesa, hipotensão postural no momento em qm se posicionada p/ rotação. Opticos pela ausência de hemodinâmica, mudança de técnica anestésica (anest. geral)
7. 16000 mcg			
8. 32000 mcg			
9. 64000 mcg			
10. 128000 mcg			
11. 256000 mcg			
12. 512000 mcg			
13. 1024000 mcg			
14. 2048000 mcg			
15. 4096000 mcg			
16. 8192000 mcg			
17. 16384000 mcg			
18. 32768000 mcg			
19. 65536000 mcg			
20. 131072000 mcg			
21. 262144000 mcg			
22. 524288000 mcg			
23. 1048576000 mcg			
24. 2097152000 mcg			
25. 4194304000 mcg			
26. 8388608000 mcg			
27. 16777216000 mcg			
28. 33554432000 mcg			
29. 67108864000 mcg			
30. 134217728000 mcg			
31. 268435456000 mcg			
32. 536870912000 mcg			
33. 1073741824000 mcg			
34. 2147483648000 mcg			
35. 4294967296000 mcg			
36. 8589934592000 mcg			
37. 17179869184000 mcg			
38. 34359738368000 mcg			
39. 68719476736000 mcg			
40. 137438953472000 mcg			
41. 274877906944000 mcg			
42. 549755813888000 mcg			
43. 1099511627776000 mcg			
44. 2199023255552000 mcg			
45. 4398046511104000 mcg			
46. 8796093022208000 mcg			
47. 17592186044416000 mcg			
48. 35184372088832000 mcg			
49. 70368744177664000 mcg			
50. 140737488355328000 mcg			
51. 281474976710656000 mcg			
52. 562949953421312000 mcg			
53. 1125899906842624000 mcg			
54. 2251799813685248000 mcg			
55. 4503599627370496000 mcg			
56. 9007199254740992000 mcg			
57. 18014398509481984000 mcg			
58. 36028797018963968000 mcg			
59. 72057594037927936000 mcg			
60. 144115188075855872000 mcg			
61. 288230376151711744000 mcg			
62. 576460752303423488000 mcg			
63. 1152921504606846976000 mcg			
64. 2305843009213693952000 mcg			
65. 4611686018427387904000 mcg			
66. 9223372036854775808000 mcg			
67. 18446744073709551616000 mcg			
68. 36893488147419103232000 mcg			
69. 73786976294838206464000 mcg			
70. 147573952589676412928000 mcg			
71. 295147905179352825856000 mcg			
72. 590295810358705651712000 mcg			
73. 1180591620717411303424000 mcg			
74. 2361183241434822606848000 mcg			
75. 4722366482869645213696000 mcg			
76. 9444732965739290427392000 mcg			
77. 18889465931478580854784000 mcg			
78. 37778931862957161709568000 mcg			
79. 75557863725914323419136000 mcg			
80. 151115727451828646838272000 mcg			
81. 302231454903657293676544000 mcg			
82. 604462909807314587353088000 mcg			
83. 1208925819614629174706176000 mcg			
84. 2417851639229258349412352000 mcg			
85. 4835703278458516698824704000 mcg			
86. 9671406556917033397649408000 mcg			
87. 19342813113834066795298816000 mcg			
88. 38685626227668133590597632000 mcg			
89. 77371252455336267181195264000 mcg			
90. 154742504910672534362390528000 mcg			
91. 309485009821345068724781056000 mcg			
92. 618970019642690137449562112000 mcg			
93. 1237940039285380274899124224000 mcg			
94. 2475880078570760549798248448000 mcg			
95. 4951760157141521099596496896000 mcg			
96. 9903520314283042199192993792000 mcg			
97. 19807040628566084398385987584000 mcg			
98. 39614081257132168796771975168000 mcg			
99. 79228162514264337593543950336000 mcg			
100. 158456325028528675187087900672000 mcg			

Tratamento de Fratura Externa de 3º de ulna

Dr. Maria / Dr. João

Dr. Paulo Henrique / Dr. João

Dr. Daniel

e Vozes

5. Atropina 0.5 mg +
pilocarpina 1 mg evO piquete / estubado - Encomenda
a ser feita com refração.

15/10/2017

Presença



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		44	APT OU LEITO	Emergência	Nº DO PRONTUÁRIO	200 03
m ^{te} Antônio Félix de Souza						24/10/20
TIPO			CIRURGIA			
TTO de fratura exposta de 3 ^o grau de fíbula (E)			TEMPO DE DURAÇÃO			
			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
			13:30	14:35		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA				
1º AUXILIAR		Dr Carlos Henrique (Dl)		ANESTESISTA:		Dr Fabiano / Dr Manoel
2º AUXILIAR		Chicago (Zbucur)		RES. ANESTESIA:		Ricardo / Annelle
				INSTRUMENTADOR		
				CIRCULANTE		
TIPO DE ANESTESIA:		Geral		TEMPO DE DURAÇÃO:		13:30 a 14:35 / 1h 05min
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS		
☐	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250		
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
☐	LUVA ESTERIL 7.0		☒	FRASCOS- SORO Glicosado A.D-500ml		
☒	LUVA ESTERIL 7.5		☒	FIO VICRYLNº2.0		
☐	LUVA ESTERIL 8.0		☐	FIO MONONYLON Nº1		
☐	LUVA ESTERIL 8.5		☐	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
☒	LUVAS P/PROCEDIMENTOS		☐	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
☐	LÂMINA BISTURINº 22/24		☐	FIO CATGUT SIMPLES Nº		
☐	DRENO DE SUÇÃO Nº		☐	FIO CATGUT CROMADO Nº		
☐	DRENO DE TORAX Nº		☐	FIO PROLENE Nº		
☐	DRENO DE PENROSE Nº		☒	FIO-SEDA Nº Nylon Nº2.0		
☐	SERINGA 01ML		☐	SURGICEL Equipos macrogatos		
☐	SERINGA 03ML		☐	CERA P/ OSO		
☐	SERINGA 05 ML		☐	KIT CATARATANº		
☒	SERINGA 10ML		☐	GEOFOAM agulha e sangue		
☒	SERINGA 20ML		☐	FITA CARDIACA (gel condutor)		
☐	Cateter Dy		☐	OUTROS: Exame p/ assepsia		
☐	TOT Nº7		☐	310ml P.O.S. topico		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Suellem / Bruno / Mariana				
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		SUB- TOTAL		
		Luciano / Roberto (Tart)		TAXA DE SALA		
				TAXA DE ANESTESIA		
				SOM		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE						

Unidade 301/MS
Miguel Pereira



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: ma Antonia Felix de Souza

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 24/10/18

Reg. idade: 44

Cirurgia: CT

Emergência (☐ U.T.I.1)

(☐ Internação (☐ U.T.I.2)

(☐ Outros:

Cirurgia Proposta: Prost. de próstata

Informações:

(☒ Jejum (☐ Pré-anestésico

(☐ Ades (☐ Intercorrência

(☐ Banho (☐ Sanguine

(☐ Alergia (☐ Cardiopatia

(☐ Exames (☐ Anestésico

(☐ Outros: Alérgico

2. Estado Emocional/ Mental

(☐ Otimista (☐ Sombrio

(☐ Agitado

(☐ Outros: Alérgico

3. Sinais Vitais:

Temperatura: 36,4 °C

Pulso: 92 bpm

Pressão: 120/80 mmHg

Saturação: 98 %

(☐ Regular (☐ Irregular

Condições da Pele:

(☐ JFA (☐ Ferimento

(☐ Queimadura

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 11:50

Início da Cirurgia: 12:00

Início da Anestesia: 12:00

Término da Cirurgia: 14:55

Saída S.O.: 15:00

Cirurgia Realizada: Prost. de próstata

Anestesia: De. Venosa

Posicionamento: Dec. Dorsal

SG e 10%: 100

Outros: CH: 111

Plaquetas: 111

Anticoma Patológico: 111

Sinais Vitais:

Temperatura: 36,4 °C

Pulso: 92 bpm

Pressão: 120/80 mmHg

Saturação: 98 %

(☐ Regular (☐ Irregular

(☐ Outros: Alérgico

Exames na S.O.: (☐ Ht (☐ Hb (☐ Hemograma (☐ Rolo X

(☐ Outros:

Legenda:

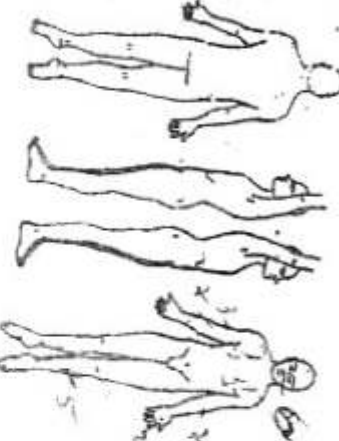
1. Eletrodos

2. Oxiômetro

3. P.O. 4. V.

5. Acesso de Bisturi

6. Acesso de S.O.



SRPA

Canal cateterização + LMC

Localização: III grau

Anestesia: De. Venosa

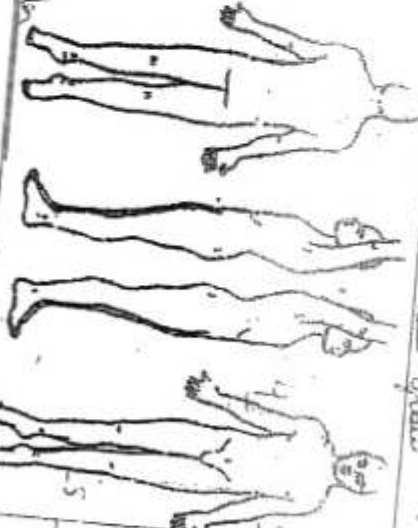
1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso Venoso

5. Outros: Alérgico



Balanco Hídrico

Entradas

SA 3000

CH 319 mL

SNG 292 mL

206 mL

SNG

Dreno

Diálise

SNG

Outros

Saídas

SNG

Sinais Vitais	T	P	PA	SPO2
	12h	115	78/60	99
	13h	109	78/60	99
	14h	119	78/60	100
	15h	119	78/60	100

Desenho: SRPA (☐ U.T.I. (☐ Outros: Instrumental elaborado pelos Enfermeiros de

COPEMURG - AM/ 2005 e adaptado pelos Enfermeiros HGG DA



João Antonio Felix da Souza

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

941336163

OK

UNIDADE / SETOR

QUARTO

LEITO

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

PROFESSORES RESPONSÁVEIS

Lea Almeida Felix

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

24/10/18 11:10h fern

HORÁRIO
SND

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

2) AVF

3) ~~Exatidão~~ ~~Exatidão~~

Manter

4) ~~Exatidão~~ 500 y 878 EV

24/10/18 14

5) ~~Exatidão~~ 100 y 878 EV

18/10/18 12

6) ~~Exatidão~~ 100 y 878 EV

18/10/18 12

7) ~~Exatidão~~ 100 y 878 EV

M

8) ~~Exatidão~~ 100 y 878 EV

Roberto

9) ~~Exatidão~~ 100 y 878 EV

08:20h

10) ~~Exatidão~~ 100 y 878 EV

08:20h

18-22-02-06-

11) SFO, 11. 2000/10 - 2000/10 - 18/10

12) SFO, 11. 2000/10 - 2000/10 - 18/10

204.3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		<i>Paulo Antonio Felix</i>			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE			20
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			manhã
3		CEFALOTINA 1G EV 6/8h			—
4		TILATIL 20MG EV 12/12h			18:00
5		DIPIRONA 500MG EV 6/6h			12:00 + 18:00
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			2
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			12:00
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N			2
9		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			2
10		SS/V + CCGG 6/6 h			manhã
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG			manhã
13		CURATIVO DIÁRIO			manhã
14		<i>ceftriaxona 1 gr 12/12 EV</i>			18:00
15		<i>ceftriaxona 400 + 12/12 EV</i>			18:00
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
19		CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;			
20		351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%			
		40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Q26, 107EP
Boa Dor pós
Transferido para Bloco
Per e1

SINAIS VITAIS	T	PA	FC
6 H			
12 H	36.1	103/70	86
13 H	37.0	115/69	119
24 H	37.7	110/60	100

10h. realizado banho no leito, troca de gaze e curativo em membro inferior direito.

Carlos Enrique La Rosa
 Médico
 CRM-RR 463

Anaques da Silva Souza
 Técnico de Enfermagem
 COTM-RR 001 200 88

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

Regulado
 para leito
 5/5/2043
 Regulação Interna 11:20

18h Paciente no H.F.O, medicado, segue por cuidados de enfermagem.
 Obs: 15 e 17 não em no sup.

Nairia Antônio Félix

204-3



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <u>Nairia Antônio Félix</u>					
DIAGNÓSTICO <u>FRACTURA TÍBIA</u>					
ALERGIAS					
IDADE <u>42</u>		HAS		DM2	
LEITO		DATA		<u>26/10/08</u>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5ND
2	AVP				5ND
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				18.00
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				18.00
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				18.00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				5ND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5ND
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5ND
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				5ND
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5ND
11	CURATIVO DIÁRIO				5ND
12	SSVV + CCGG 6/6 H				5ND
13	C/P <u>CIPROFLOXACINA 500mg 12/12h (17h)</u>				18.00
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

06h realizado troca de AVP
com glicose 20

Planta eletrol
fenda

Dr. João A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS	PA	P	T
6 H	115x60	107	36.4°C
10 H	110x67	109	36.6°C
13 H	120x79	106	36.5°C
21 H	113x70	100	

12h. Verificados SSVV e administradas medicações
C.P.M.

204-3

28/10/18

PATRICIA ANTONIO FELLY

1) Dieta 110g

1) Celestine 1p w 6/11 - ~~12-18~~ 24-96

1) Dipirone 2.1 w 6/11 - ~~12-18~~ 24-96

1) TILANTIL 200 w 12/11 - ~~18-96~~ 1

1) THALIC 1000 w 6/11 - SN

1) PLASMI 1000 w 6/11 - SN

7) CATECOL 25 w 1/11 11/11 - 11/11 - 5

1) MAFITIDIN 400 w 6/11 - SN

1) Curatim diaro

1) Ciprofloxacina 400 w 12/11 - ~~18-96~~

1) CRV

Proceder a
levar a luz


Dr. J. J. Lopez Aguirre
CRM-RR 566

18h - P.A. 110 x 70 mmHg, FC: 71 bpm Tatiana Maia
DRENAR 11/11/18

24h - P.A. 104/69 P. 102 T: 37.5 termometro

06h - P.A. 100 x 70 FC: 98 T: 37.5 termometro

L

Tatiana Rodrigues
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 228 TE
28/10/18

204-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARIA ANTONIA FEUL				
DIAGNÓSTICO	FRAÇÃO TUBA				
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS		DM2	
ITEM	LEITO	204-3	DATA	28/10/18	
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	RAMITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIARIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	CIPRO FLEX 100 1000 - 12/12/1				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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				

SINAIS VITAIS				
PH				
TEMP				
PULS				
RESPIR				

Deficit de Tracade

P. [Signature] Gini Smito
Terdapat informasi
GORENLAB 082 941 TE

204-3

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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

HAS

LEITO

DM2

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/5H

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

TRAMAL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

TRAMAL 10 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

9

TRAMAL 50MG DE 3/8H EV S/N

10

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

11

VO DIÁRIO

12

VO DIÁRIO

13

VO DIÁRIO

14

10 IPM KLOXACE 400 mg EV 12/12h

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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

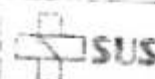
EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente em
Apud novo procedim

Dr. Jean de Aguiar
CRM-RR 506

SINAIS VITAIS	TA	FC	T	FR
08H				
12H	120x70	87	36.2	
18H	114x76	117	37.4°C	20
22H	103/65	100	36.8°C	

29-10-18 18:00h Pede detalhes
no livro, comentei, realizei
medicações dos dias 3-4-5-13
ESSUV e Ppi, segue as
cuidados da enfermagem
Marta Cécilia G. Figueira
CRM-RR 387.446 TE



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HCH

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HCH

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

MARIA ANTONIA FERREIRA

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N° SAÍDO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Paciente com problemas de saúde, apresentando sintomas de insuficiência cardíaca, com necessidade de internação para avaliação e tratamento.

17 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirrose

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

Pr. pericardial

19 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Fígado com TBM e abscesso

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Exatidão Exatidão + Elicação de Pêlo Negro

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CID 10

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Levi A. Lopes Aguiar

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31/10/11

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

CRM-R 556

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNES DA EMPRESA

41 - CBOR

AUTORIZAÇÃO

42 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0415040035
R02

45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

31/10/11

31.10.2011

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 21/10/16

O.S.

Bom dia, bom dia

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta de tíbia e fêmur

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: RELE

TIPO DE INTERVENÇÃO: 2. Fixação interna com placas e parafusos

M. DICAÇÕES E ACIDENTES: + Sutura de pele com fio

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 2 unid.

Quirurgião: Dr. João

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA: Geral

ANESTESISTA: Dr. Fábio

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente intubado

- Asepsia, antissepsia

- Campos estéril

- Medico de tórax e pulmões

- 2 pontos de sutura de pele e tecido

- Fio de sutura de pele e tecido

- Excisão de pele e tecido

- Curativo

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

498

NOME DO PACIENTE:	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Maria Antônia Felix de Souza	204-3		31/10/18

TIPO	CIRURGIA		
	TEMPO DE DURAÇÃO		
Limpeza cirúrgica + fixador braço M.S. Esquerdo	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
	10:30	11:30	

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA		
	ANESTESISTA:	Dr. Fabiano	
	RES. ANESTESIA:	Dr. Bruno	
	INSTRUMENTADOR		
1º AUXILIAR			
2º AUXILIAR			

TIPO DE ANESTESIA:	CIRCULANTE
Rouque	Maurício / Angelis / Ovale
TEMPO DE DURAÇÃO:	

QUANT	MATERIAL	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	BOLS COMPRESSAS 10x10 UNID		11	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml	
	FRASCOS 0,25			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	FRASCOS 0,5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTÉRIL 7,5			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8,0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8,5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
1	SERINGA 05ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA Agulha p/ Rique Nº 22	
1	30x8 Agulha		1	OUTROS: Eletrodes	
1	Esponja p/ deg. naipes		100ml	PV TOPIC	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Suelen	SUB- TOTAL		
	Bruno	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
	CIRCULANTE DE SALA	SOMA		
	Ovale			
	Angelis			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

NOME: maíra Antônia Falcão

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 21/10/18

Reg. 44 Idade: 44

Cirurgia: 1) Hemangioma () U.T.L. 1
2) Hemangioma () U.T.L. 2
3) Outros: ()

Cirurgia Proposta: 1) Hemangioma () U.T.L. 1
2) Hemangioma () U.T.L. 2
3) Outros: ()

1. Informações: 1) Hemangioma () U.T.L. 1
2) Hemangioma () U.T.L. 2
3) Outros: ()

2. Estado Emocional/ Mental 1) Calmo () Sonolento
2) Agitado ()
3) Outros: neutro

3. Sinais Vitais: 1) T: 36,2 °C
2) P: 102 bpm
3) PA: 120/70 mmHg
4) SAT: 98 %
5) R: 18 rpm
6) T: 36,2 °C
7) P: 102 bpm
8) PA: 120/70 mmHg
9) SAT: 98 %
10) R: 18 rpm

4. Condições da pele: 1) Ferimento ()
2) Queimadura ()
3) Hb ()
4) Hb ()
5) Hb ()
6) Hb ()
7) Hb ()
8) Hb ()
9) Hb ()
10) Hb ()

TRANSOPERATÓRIO

Entrada no Início da Início Término Saída S.O.
Sala Cirurgia Anestesia Cirurgia Cirurgia

10:00 10:30 10:10 11:30 14:00

Cirurgia Realizada: 1) Hemangioma () U.T.L. 1
2) Hemangioma () U.T.L. 2
3) Outros: ()

Anestesia: 1) Anestesia Geral ()
2) Anestesia Local ()
3) Outros: ()

Posicionamento: 1) Decúbito Supino ()
2) Decúbito Ventral ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

SRPA

Cirurgia Realizada: 1) Hemangioma () U.T.L. 1
2) Hemangioma () U.T.L. 2
3) Outros: ()

Anestesia: 1) Anestesia Geral ()
2) Anestesia Local ()
3) Outros: ()

Posicionamento: 1) Decúbito Supino ()
2) Decúbito Ventral ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

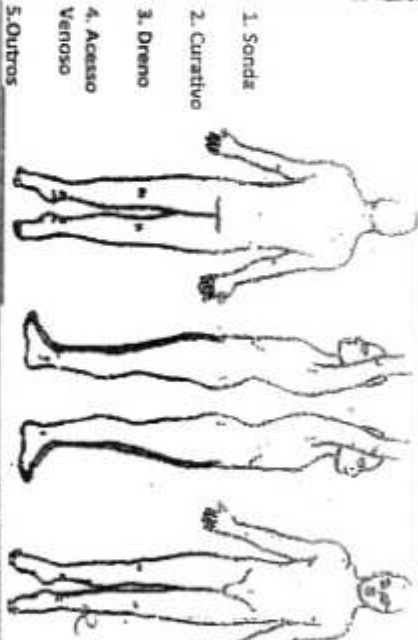
Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()



Sinais Vitais	1h	2h	3h	4h	5h
T	36,2	36,2	36,2	36,2	36,2
P	102	102	102	102	102
PA	120/70	120/70	120/70	120/70	120/70
SPO2	98	98	98	98	98

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

Placenta: 1) Placenta ()
2) Placenta ()
3) Outros: ()

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Rafaela Ribeiro				
AGNOSTIC	- 1/13/14 + 1/13/14				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	44	LEITO	204-3	DATA	3/10/14

ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	→ SVD
2	SFO 9% 500ML S/N EV	→ SVD
4	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV (1/13/14)	→ SVD
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS	→ SVD
6	TRAMAL 100MG + SFO 9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	→ SVD
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	→ SVD
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	→ SVD
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	→ SVD
10	CURATIVO DIÁRIO	→ SVD
11	SSVV - COGG 6/6 H	→ SVD
12	CLETRAXONA 1 G 6/6h	→ SVD
13	CIPROFLOXACINA 400mg 12/12h	→ SVD
14		
15		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250-2UI, 751-300-4UI, 301-350-6UI, 351-400-8UI, ≥ 400-10UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995 RR
6 H	104/70	67	18	36,4	
12 H	104/70	67			
18 H	111x74	95		36,4	
24 H	103x64	106	19	36,4	

Paciente em tratamento
e bom condicionamento

Dr. Jesus da Luz Aguiar
CRM-RR 566



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARIA ANTÔNIA FELIX				
DIAGNÓSTICO	FRACTURA TCDI				
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS		DM2	
LEITO	204-3	DATA	01/11/18		
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				SND
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				12 18 24 06
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				16 04
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DÓR INTENSA				12 18 24 06
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				12 18 24 06
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12 18 24 06
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				12 18 24 06
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12 18 24 06
11	CURATIVO DIÁRIO				12 18 24 06
12	SSVV + CCGG 6/6 H				12 18 24 06
13	CLPETHANOL 1 GR EV 12/12h				14 02
14	CLPHE FLOXACINA 200mg 12/12h				18 06
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

Paciente estável
sem dor

Dr. José & Lopes Aguiar
CRM-RR 556

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TX
6 H				
12 H	139x77	115	17	35.5
18 H	106x70	110	16	37.2
24 H				

Paciente estável, sem dor, sem febre, sem tosse, sem dispnéia, sem edema, sem alterações de consciência.

06 ps 87 x 60

9 Diana Rojen Weser
Técnico em enfermagem
CRM-RR 556 07



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE MARIA ALTO LIO FERREIRA					
DIAGNÓSTICO Fra. Ex. 10					
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS		DM2	
LEITO	204-3	DATA	02/11/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				manh
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/6H (S/N)				SND
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				18 06
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				12 18 24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SND
7	CLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
9	RANITIDINA 30MG DE 8/8h EV S/N				SND
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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				
13	CEFTIAZOLINA 1 GR EV 12/12h				12 18 24 06
14	CIPROFLOXACINA 400 mg EV 12/12h				18 06
15					14 22
16					
17					
18					
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente estável
Apresenta curvas

Dr. João A. Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS	PA	FC	TX
6 H	100x70	100	36
12 H			
18 H	100x60	116	36,3
24 H	90x60	106	36



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARIA APOLINIA PEREIRA				
DIAGNÓSTICO	Fratura tíbia				
ALERGIAS	42	HAS		DM2	
IDADE	41	LEITO	201-3	DATA	07/11/10
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	AVP				S/N
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/5H				S/N
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				S/N
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				S/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
9	RANITIDINA 50MG DE 8/3H EV S/N				S/N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
11	CURATIVO DIÁRIO				S/N
12	SSVV + CCGG 6/6 H				S/N
13	CEFTIAZOLINA 1 GAL EV 12/12h				S/N
14	CIPROFLOXACINA 400mg EV 12/12h				S/N
15					S/N
16					S/N
17					S/N
18					S/N
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				S/N
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				S/N
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				S/N
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				S/N

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Acart e reação d
pelo, sendo logo

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS

6 H			
12 H	108/66	90	37,1°C
18 H	94/63	106	37°C
24 H			

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
Técnico Enfermagem
COREN-RR 982.941-TE

14:45 foi adm Tramal 50mg VO
15:23 foi trocado AVP.

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
Técnico Enfermagem
COREN-RR 982.941-TE



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	FRANCA ALTOBIA PEREIRA				
DIAGNÓSTICO	FRACTURA TIBIA				
ALERGIAS	HAS				
IDADE	42	LEITO	204-3	DM2	DATA 04/11/18
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SVP
2	AVP				
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/5H				SUSP.
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				18
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	RANITIDINA 30MG DE 8/8H EV S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				curativo!
12	SSVV + CCGG 8/6 H				18
13	CIPROFLOXACINA 400 mg EV 12/12h				18
14	CIPROFLOXACINA 400 mg EV 12/12h				18
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

permanente
pela
Dr. Jean de Lencastre
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS			
6 H	120x76	102	36.6
12 H	114x70	96	36.4
18 H	130x75	90	36.5
24 H	120x76	94	36.6

204-3

204-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	M. J. M. A. M. T. O. K. L. A. F. E. K. I.				
DIAGNÓSTICO	Frm. TM				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	42	LEITO	204-7	DATA	05/11/16
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				500
2	AVP				1000
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/5H				500
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				12 06
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	RANITIDINA 50MG DE 8/3H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	CEFTIAZIMA 1 G EV 12/12				10:00-22
14	CIPROFLOXACINA 400 mg EV 12/12				08 20:00
15					
16					
17					
18					
19	SE SIMBOLICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

pacif. e frum
pele neutra

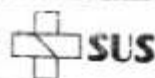
Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS	P.A.	FC	R	T
EH				
12 H	94x76	80	-	36.5
18 H	100x80	80	-	36.5
24 H	90x65	113	-	36.6

06h 213x21 115 36.6

Dr. Cecília G. P. Aguiar
CRM-RR 566

05-11-18 18:00
Paciente admitido no leito
conscientemente, realizado
exame físico, realizado
exame de laboratório
e exames de imagem.



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

pac. com alteração de
função export d. parietal e
recorrido de pulso

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Cirurgia

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

Pr. parietal esquerdo

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Neurose por 14/12 parietal

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

0415040035
R02

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

6/11/11

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 06/11/19

O.S.

PANCA PROVA
FELIX 1. 100.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Necrose pelo pericrânio

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Linca cirúrgica + cicatrização

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 00

CIRURGIÃO: Dr. Javi

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA: 100%

ANESTESISTAS: Dr. AUF-

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente insatisfeito
- Anestesia, cirurgia
- Carga cirúrgica
- Início de hemorragia
- Execução da cirurgia
- 11/12 100% cicatrização
- Cuidados
- ATENÇÃO

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566



Maria Antônia F de Souza, 44a.

06/11/18
Nº Naze Maje
Naze H.P.

Pré-Medicação - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº Naze Naze Naze HPP

AGENTES

LIQUIDOS VENOSOS

DA

X

ULSO

Q

ALZB

X

OP

Q

TELA

ASFO

A

RES

O

TEMP

34

32

30

28

26

24

22

20

18

16

14

12

10

8

6

4

2

0

Expir

Aspir

Contu

SIMBOLOS

AGENTES

DOSES

TECNICA

ANOTAÇÕES

GLUCOSE

NOCD

SANGUE

TEMP

OPERACAO

ANESTESIA

PERDA SANGUINEA



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO		Nº DO PRONTUÁRIO		DATA	
Maria Antônia Felix de Souza						06/11/14	
TIPO		CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO			
Bimpegi Cirurgia em M.T.C				INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
				21 40	22 50		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA					
1º AUXILIAR		Jesus		ANESTESISTA:			
2º AUXILIAR				RES. ANESTESIA:		Bruno	
				INSTRUMENTADOR			
				CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA:		Raquie		TEMPO DE DURAÇÃO:		1h 10min, claudenir	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS			
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 50ml			
☐	PACOTES GAZE		1	Cloridrina 20/100ml			
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO			
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO VICRYLNº			
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO MONONYLON Nº			
10	LUVAS P/PROCEDIMENTOS	(par)		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
	LÂMINA BISTURINº			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº			
	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº			
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº			
	SERINGA 01ML		+10ml	FIO SEDANº 10ml - 70%			
	SERINGA 03ML		+3ml	SURGICEL Cloridrina 100mg/ml			
	SERINGA 05 ML		+5ml	CERA P/OSSO Cloridrina 100mg/ml			
	SERINGA 10ML			KIT CATARATANº max-dese			
	SERINGA 20ML			GEOFOAM como dese			
	agulha p/ raquie			FITA CARDIACA como dese			
				OUTROS: cateter O2			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE				
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS			
		Alexandre					
		Simone		SUB-TOTAL			
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA			
				TAXA DE ANESTESIA			
				SOMA			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE							



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

AGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

HAS

LEITO

DM2

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

SF 0,9% 500ML EV 12/12H

4

TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

7

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

8

DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H

9

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

10

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

11

SSVV + CCGG 6/6 H

12

CURATIVO DIÁRIO

13

CEFTIAZOLAM 1GB c 12/12 CIP

14

CIPROFLOXACINA 500 c 12/12

15

12/12 PO 1 hora

16

2 x 1

18

- Diete para qm beber

19

- Continuar com medicação

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 DL/ML, GLICOSE
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

TA	PA	FC	FR	T
12H	100/70	98		36,5
15H	98/69	104	22	36,5
18H	101/72	99		36,5

Dr. Fernando Rezende
CRM-RR 2007
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-RR 806

204-03

204-30



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE: RAMA ANTONIA F. VILH
 DIAGNÓSTICO: FRATURA TIBIAL
 ALERGIAS:

IDADE: 42 HAS: 204-03 DM2: 07/11
 LEITO: 204-03 DATA: 07/11

PRESCRIÇÃO

HORARIO

- 1 DIETA ORAL LIVRE
- 2 AVP
- 3 CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/6H (IVIPOTIA)
- 4 TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H
- 5 DAPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H
- 6 TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA
- 7 PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)
- 8 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
- 9 RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N
- 10 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
- 11 CURATIVO DIARIO
- 12 SSVV + CCGG 6/6 H
- 13 CEFTRIAXONA 1 G EV 12/12 (com a pt)
- 14 Ciprofloxacina 400 - EV 12/12
- 15
- 16
- 17
- 18
- 19
- 20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
 CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
 351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente estável
 Rente evacuação normal e obilidade normal

Dr. Jesus L. Lopes Aguiar
 CRM-RR 566

PA FC TX

SINAIS VITAIS

6 H			
12 H	107/68	99	36.5°C
18 H	100/80	80	36.2°C
24 H			

Paciente estável no leito
 PA 90x80 s medicações administradas
 FC 90
 T 36.5
 sem greixos durante o plantão

Joane Martins S. Araújo
 Téc. de Enfermagem
 CRM - RR 502.010-78

Guarar



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

LEITO

DATA

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/6H

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H

6

TRAMAL 100MG + SE 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

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

9

RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV SN

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSV + CCGG 6/6 H

13

CEFTIAZOLAM 1 CP VO 12/12h

14

CIPROFLOXACINA 400mg VO 12/12h

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; 401-450: 10UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente eiteva
frente lupo

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM/R 565

SINAIS VITAIS

CH

12H

18H

24H

100/60

82

36.5°C

20/60

82

60

36.5°C

85

36.5°C

36.5°C

36.5°C

36.5°C

NO

204-03

204-3



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

HAS

LEITO

DM2

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

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

9

RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSVV + CCGG 6/3 H

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

Paciente em
estado de saúde satisfatório

Dr. João de Deus Aguiar
Cirurgião

SINAIS VITAIS	PA	FC	TC
6 H	100/60	101	
12 H	126/89	100	35.5°C
18 H	102x72	97	36.5°C
24 H	100/60	96	

18:00h Paciente em encontro no leito com a administração de
horários realizados, segue por cuidados de enfermagem

Dr. S. R. R. R.
Técnico em Enfermagem
COP-14-001.013.753 TE



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	NAILA MACHADO FELIX				
DIAGNÓSTICO	Fratura tibia				
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS		DM2	
ITEM	LEITO	704-7	DATA	10/11/18	
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				SN
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H	12 18			18-06
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H	12 18			18-06
5	DIPIRONA 1AMF ÷ 8ML DE AD EV DE 6/6H	12 18			18-06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SN
7	PLASIL 10 mg EV 3/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				SN
12	SSV + CCGG 6/5 H				SN
13					SN
14					SN
15					SN
16					SN
17					SN
18					SN
19					SN
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

Paciente em repouso
Apresenta curativo

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS	P.A	FC	FR	TAx.
6 H				
12 H	120x70	56	15	37.1°C
18 H	100x70	99	17	36.7°C
24 H	90x60	75	17	36.7°C

Dr. Realizado
Técnicos de Enfermagem
Cofre RR 061 200.883

Dr. Brandão
Técnicos de Enfermagem
Cofre RR 799.579

204-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE RAHA AKTOLA FELIX					
DIAGNÓSTICO Frauma + lbn					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE 42		LEITO 204-2		DATA 11/11/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				Manhã
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				12h
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				12h
5	DIPIRONA 1AMP + 5ML DE AD EV DE 6/6H				12h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				Su
7	CLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				Su
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Su
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				Su
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Su
11	CURATIVO DIÁRIO				Manhã
12	SSVV + CCGG 6/6H				Manhã
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

*Paciente está em
perda leve*

*Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566*

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	125/77	95	-	37,2°C
16 H	106/60	106		37°C
24 H				



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

LEITO

DM2

DATA

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

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

9

RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SVN - 00:30 6/6H

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

Paciente em
Aferir com

Dr. João A. Lopes Aguiar
CRM-RR 565

SINAIS VITAIS

TA

FC

TA

FC

TA

FC

TA

FC

TA

FC

110/70

97

110/60

76

113

100

99

36.8

36.8

36.8

36.8

36.8

36.8

36.8

36.8

36.8

18h. Paciente no leito, apático
sem sinais vitais medidos
em 20h. com os sinais de
vitalidade. — Fato



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

ITEM

LEITO

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/6H

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

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

9

RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSV + CCGG 5/6h

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

Paciente em tratamento

Apresenta sintomas

Dr. Jesus de L. Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS

PA

P

T

R

6 H

12 H

18 H

24 H

06 H

105x67

100x60

100x64

100x65

91

60

97

90

36.3c

36.0

36.0c

36.0c

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 14/11/16 OS: _____

N.º da PRÓTEJA Form

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Necrose de pele de perna e

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Elictroni + Lupa cman

M. ICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O novo

1.º AUXILIAR: Dr. Fern

INSTRUMENTADORA: _____

ANESTESIA: M. A. O. U.

ANESTÉSICO: _____

FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente crônica
- Pele, entumecida
- Corte estéril
- Desbridamento e elcctroni
- 4 1/2 total e perna e
- Retirada de Tecido morto
- Retirada de pontos e cobertura com
- Curativo e gel
- AT: don


 Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
 CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Potência das Américas"

H11:0 14/11/18

FICHA DE ANESTESIA

Maria Antonia de Souza 44 anos P(1E) Alergia: 0

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº 14/11/18
14/11/18

AGENTES		N 20		15		30		45		15		30		45		15		30		45	
AGENTES		02																			
LIQUIDOS VENOSOS		15		15		15		15		15		15		15		15		15		15	
DA X		38		38		38		38		38		38		38		38		38		38	
ULSO		36		36		36		36		36		36		36		36		36		36	
N.E.S.		34		34		34		34		34		34		34		34		34		34	
X		32		32		32		32		32		32		32		32		32		32	
OP		30		30		30		30		30		30		30		30		30		30	
Q		30		30		30		30		30		30		30		30		30		30	
TEMP		120		120		120		120		120		120		120		120		120		120	
ASPHL		100		100		100		100		100		100		100		100		100		100	
A		80		80		80		80		80		80		80		80		80		80	
RESP		60		60		60		60		60		60		60		60		60		60	
O		40		40		40		40		40		40		40		40		40		40	
Espont		20		20		20		20		20		20		20		20		20		20	
Anest																					
Contro																					
SIMBOLOS																					
AGENTES		DOSES		TÉCNICA		ANOTAÇÕES															
A Propofol 12.5mg				Régio hipocôndrica		X - Monitorização e checagem de equipamentos															
B Midazolam 0.5mg				13-14, micromediana, agulha 26G		1) Gafotima 0.25 IV															
C Propofol 12.5mg				de quadrante. UH claro		2) Ondansetron 0.4 mg IV															
D Fentanyl 50mcg				Insuficiente 0.5% 12.5mg		3) Midazolam 0.5 mg IV															
E				Ventilação espontânea		4) a SLPA															
F																					
G																					
GLICOSE		LIQUIDOS		Cânula - Naso / Oro Faringe																	
NOC				Naso / Orotracheal - Caga		Lentid															
SANGUE				Sol - Temp - Calibre do Tubo		Nasal															
500g, 150-2				Sol Mucosa		Não houve															
				Difusão Técnica																	
TOTAL		1250-2		TEMPO DE ANESTESIA		15-45hs 20															
CIRURGIA		Limpeza de MIE																			
ANESTESIA		Dr. Fabian		Código		10 Jans															
Cirurgião		Manuella R.																			
PERDA SANGUÍNEA		Compotul																			

Dr. Alberto A. Henriques Wanderley Jr.
Médico Residente
Anestesiologia
CRM-RR 1550

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
19 JAN 2018
ANTENALACAO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE <i>Maria Antônia de Souza, 11/11/18</i>	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA <i>11/11/18</i>
---	--------------	------------------	-------------------------

TIPO <i>Limp. Cirúrgica Tibia (E)</i>	CIRURGIA		
	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO <i>16:17</i>	FIM <i>17:18</i>	TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO <i>Dr. Jesus</i>	EQUIPE MÉDICA
1º AUXILIAR	ANESTESISTA: <i>Robson</i>
2º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: <i>Robson</i>
	INSTRUMENTADOR
	CIRCULANTE

TIPO DE ANESTESIA: <i>Raqui</i>	TEMPO DE DURAÇÃO: <i>Sacno, Robson e Lourdes</i>
---------------------------------	--

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS 5x5 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.3			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	<i>Pum</i>		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 22			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº <i>equipe maior</i>			FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº <i>100</i>	
1	SERINGA 0.1ML <i>cateter de 22</i>			SURGICEL	
1	SERINGA 0.3ML		1	CERA P/ OSSE <i>leaves p/ artroscopia</i>	
1	SERINGA 0.5 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML <i>afastador de 10cm</i>		1	FITA CARDIACA <i>20cm di clonidina</i>	
	<i>(Comprada pelo Paciente)</i>			OUTROS: <i>algumante</i>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	<i>Lourdes/Robson</i>	SUB-TOTAL	
FUNÇÃO/ARQUIVO	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
	<i>Robson</i>	TAXA DE ANESTESIA	
	<i>Sacno, Lourdes</i>	SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

Fluor. 44



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO SRPA

NOME: Joana Antônia de Souza

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 13/11/18

Reg. 44 Idade: 44

Chargada: Bloc 3

Micrografia: () U.T. 1

() Internação () U.T. 2

() Outros: (E)

Diagnóstico Proposto: Diverticulite

Informações:

() Anest. () Pré-anestésico

() Miel. () Intracath

() Bando () Sangue

() Alegria () Cardiopatia

() Exames () Anestésico

() Outros: Quiloma

2. Estado Emocional/ Mental

() Choro () Sonolento

() Agitado

() Outros: Quiloma

3. Sinais Vitais:

T 36 °C P 110 bpm

FC 110 mmHg

SAT 98 % R 18 rpm

4. Condições de Pele:

() Ferimento

() Queimado

() Hematoma

() Infecção

() Deformidade

() Amputação

() Abcesso

() Escoria

TRANSOPERATÓRIO

Entrada de Sala: 16:17 Início da Cirurgia: 16:30 Início Anestesia: 17:18 Término Cirurgia: 17:18 Saída S.C.

Cirurgia Realizada: Diverticulite Anestesia: Local Posicionamento: Supino

Hidratação: 1500 ml Antibiótico: 1g Terapia: 1g

SF a 0,9%: 1500 ml Nome: Joana Antônia de Souza CH: 1500 ml

SE a 0,9%: 1500 ml Dose: 1500 ml Plasma: 1500 ml

Outros: 1500 ml Plaquetas: 1500 ml

Nº de compressas oferecidas: 1500 ml

Nº de compressas recolhidas: 1500 ml

Sinais Vitais:

T 36 °C P 110 bpm

SAT 98 % R 18 rpm

FC 110 mmHg

Exames na SO: (+) Ht (+) Hb (+) Hemograma (+) Rolo X

(+) Outros: Quiloma

Exames na SO: (+) Ht (+) Hb (+) Hemograma (+) Rolo X

(+) Outros: Quiloma

Exames na SO: (+) Ht (+) Hb (+) Hemograma (+) Rolo X

(+) Outros: Quiloma

Exames na SO: (+) Ht (+) Hb (+) Hemograma (+) Rolo X

(+) Outros: Quiloma

Exames na SO: (+) Ht (+) Hb (+) Hemograma (+) Rolo X

(+) Outros: Quiloma

SRPA

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Localização: Diverticulite

Sinais Vitais

T 36 °C

P 110 bpm

PA 110 mmHg

SPO2 98 %

1h 110 bpm

2h 110 bpm

3h 110 bpm

4h 110 bpm

5h 110 bpm

6h 110 bpm

7h 110 bpm

8h 110 bpm

9h 110 bpm

10h 110 bpm

11h 110 bpm

12h 110 bpm

13h 110 bpm

14h 110 bpm

Sinais Vitais

T 36 °C

P 110 bpm

PA 110 mmHg

SPO2 98 %

1h 110 bpm

2h 110 bpm

3h 110 bpm

4h 110 bpm

5h 110 bpm

6h 110 bpm

7h 110 bpm

8h 110 bpm

9h 110 bpm

10h 110 bpm

11h 110 bpm

12h 110 bpm

13h 110 bpm

14h 110 bpm

Sinais Vitais

T 36 °C

P 110 bpm

PA 110 mmHg

SPO2 98 %

1h 110 bpm

2h 110 bpm

3h 110 bpm

4h 110 bpm

5h 110 bpm

6h 110 bpm

7h 110 bpm

8h 110 bpm

9h 110 bpm

10h 110 bpm

11h 110 bpm

12h 110 bpm

13h 110 bpm

14h 110 bpm

Sinais Vitais

T 36 °C

P 110 bpm

PA 110 mmHg

SPO2 98 %

1h 110 bpm

2h 110 bpm

3h 110 bpm

4h 110 bpm

5h 110 bpm

6h 110 bpm

7h 110 bpm

8h 110 bpm

9h 110 bpm

10h 110 bpm

11h 110 bpm

12h 110 bpm

13h 110 bpm

14h 110 bpm

Sinais Vitais

T 36 °C

P 110 bpm

PA 110 mmHg

SPO2 98 %

1h 110 bpm

2h 110 bpm

3h 110 bpm

4h 110 bpm

5h 110 bpm

6h 110 bpm

7h 110 bpm

8h 110 bpm

9h 110 bpm

10h 110 bpm

11h 110 bpm

12h 110 bpm

13h 110 bpm

14h 110 bpm

Sinais Vitais

T 36 °C

P 110 bpm

PA 110 mmHg

SPO2 98 %

1h 110 bpm

2h 110 bpm

3h 110 bpm

4h 110 bpm

5h 110 bpm

6h 110 bpm

7h 110 bpm

8h 110 bpm

9h 110 bpm

10h 110 bpm

11h 110 bpm

12h 110 bpm

13h 110 bpm

14h 110 bpm

Sinais Vitais

T 36 °C

P 110 bpm

PA 110 mmHg

SPO2 98 %

1h 110 bpm

2h 110 bpm

3h 110 bpm

4h 110 bpm

5h 110 bpm

6h 110 bpm

7h 110 bpm

8h 110 bpm

9h 110 bpm

10h 110 bpm

11h 110 bpm

12h 110 bpm

13h 110 bpm

14h 110 bpm

Sinais Vitais

T 36 °C

P 110 bpm

PA 110 mmHg

SPO2 98 %

1h 110 bpm

2h 110 bpm

3h 110 bpm

4h 110 bpm

5h 110 bpm

6h 110 bpm

7h 110 bpm

8h 110 bpm

9h 110 bpm

10h 110 bpm

11h 110 bpm

12h 110 bpm

13h 110 bpm

14h 110 bpm

Sinais Vitais

T 36 °C

P 110 bpm

PA 110 mmHg

SPO2 98 %

1h 110 bpm

2h 110 bpm

3h 110 bpm

4h 110 bpm

5h 110 bpm

6h 110 bpm

7h 110 bpm

8h 110 bpm

9h 110 bpm

10h 110 bpm

11h 110 bpm

12h 110 bpm

13h 110 bpm

14h 110 bpm

Sinais Vitais

T 36 °C

P

204-3



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

DM2

ITEM

LEITO

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

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

9

RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSVV + CCGG 6/6 H

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

Paciente eutro
fundo limpo

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 366

SINAIS VITAIS

PA

FC

Tm

6 H

12 H

18 H

24 H

OF

100x60

88

36

105x70

85

36

100/60

59

36,8°C

36

100/58

55

36,6°C



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

HAS

LEITO

DM2

DATA

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

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

9

RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSV + CCGG 6/6 H

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AMISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente atual
Apresenta

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS

PA

P

R

T

6 H

08:30 12 H

18 H

24 H

107/89

96

105/70

112

120/73

64

35.9°

38.3°

37.1°

08:00h pet no leito aceitando medicações
e horários pet febre feita medicação segue
aos cuidados da Enfi. Tec. Valite.



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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE

DIAGNÓSTICO

ALERGIAS

IDADE

ITEM

HAS

LEITO

DM2

DATA

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL LIVRE

2

AVP

3

CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/6H

4

TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H

5

DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H

6

TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7

PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)

8

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

9

RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N

10

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

11

CURATIVO DIÁRIO

12

SSV + CCGG 6/6 H

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

Paciente eufórico
Apresenta dor

Dr. José Luiz Aguiar
CRM 10.000

SINAIS VITAIS

6 H

12 H

18 H

24 H

116x74

99

17

35,5°C

100x66

92

16

35,8°C

100x60

96

-

36,3°C

66

90x60

93

-

35,7°C

204-3

204-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		MARIA ANTÔNIA FOLLY			
DIAGNÓSTICO		FRATURA TÍBIA			
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
42		LEITO		204-3	
ITEM		DATA		19/11/19	
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO	
2	AVP			D 5N	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/6H			D Manter	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			D 18h	
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			D 18h	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			D 18h	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			D 5N	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			D 5N	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			D 5N	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			D 5N	
11	CURATIVO DIÁRIO			D 5N	
12	SSV + CCGG 6/6 H			D Rotina	
13	tiolam 50mg 2x (V) 6/6h 8N.			D gráfico	
14				D 5N	
15					
16	Francisco Junior				
17	Medico				
18					
19					
20	SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

Paciente eipad
leudo. 10mg.

20/11/19

MTC a indicac

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 565

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 565

SINAIS VITAIS	PA	FC	T2C
6 H			
12 H	120x80	54	36.6
18 H	126x74	102	36.4C
24 H	130x82	100	35.9

1 L

4 PCT em LIT, atendimento adequado
e SSVV c.p.m. e segue aos cuidados
da enf.

Denisson Braga
COREN-RR COL105.031 TE

4 Tabela AVP
Denisson Braga
COREN-RR COL105.031 TE

FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: Maria Antônia Felix de Souza

DATA DE NASCIMENTO: 08.10.1974

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 24/10/2018
 Nº BOLSA: 0114181001013 VOLUME: 10 ml
 BOLSA: ABO: A FATOR Rh: +
 PACIENTE: ABO: A FATOR Rh: +
 SINAIS VITAIS:
 INICIO: 13:45 h.T: - PA: 98/50 P: 84 FR 14
 MEIO (15MIN): 14:00 h.T: - PA: 92/33 P: 81 FR 14
 FIM: 14:16 h.T: - PA: 88/43 P: 80 FR 14
 PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: Quênia L. Gomes COREN 10000
 MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: Dr. Marisa CRM: RR 308

Visto pela Hemovigilância

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 24/10/2018
 Nº BOLSA: 0114181010017 VOLUME: 389 ml
 BOLSA: ABO: A FATOR Rh: +
 PACIENTE: ABO: A FATOR Rh: +
 SINAIS VITAIS:
 INICIO: 14:26 h.T: - PA: 118/42 P: 105 FR 14
 MEIO (15MIN): 14:40 h.T: - PA: 118/42 P: 105 FR 14
 FIM: 14:50 h.T: - PA: 118/42 P: 105 FR 14
 PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: Quênia L. Gomes COREN 10000
 MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: Dr. Marisa CRM: RR 308

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 24/10/18
 Nº BOLSA: 0114181010035 VOLUME: 200 ml
 BOLSA: ABO: A FATOR Rh: +
 PACIENTE: ABO: A FATOR Rh: +
 SINAIS VITAIS:
 INICIO: 15:40 h.T: - PA: 92/47 P: 101 FR 12
 MEIO (15MIN): 16:00 h.T: - PA: 90/63 P: 102 FR 13
 FIM: 17:00 h.T: - PA: 101/65 P: 100 FR 14
 PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: Quênia L. Gomes COREN 10000
 MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: Dr. Marisa CRM: RR 308

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

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

OBS: ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA





GOVERNO DE RORAIMA
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS
COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO ESPECIAL
SECRETARIA DE ESTADO EM SAÚDE

NOME: NANIN

ANTONIO TEN

RECEBUEIRO

Bo fimanciam
15

Gr. Furtur esporrid
perme e.

R. ANALCOTI.
ALORCINOM
Tornade

DATA 18/12/10

Dr. JESUS A. LOPES AGUIAR
CRM 506

Assessoria e Comunicação

CLÍNICA ESPECIALIZADA GEMOPEL NOTA
Rua Coronel Melo, 506 - Condomínio Vista del
12700-000 - LULA - CAMPUS 04 - LULA - RORAIMA



Paciente: **Maria Antonia Felix De Souza**

Solicitação: 10043551

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1974

Idade: 44 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Sector: PAAR

Data de Emissão: 24/10/2018 08:37

Recebimento:

Leito: NÃO INFORMADO

Amostra: 1004355103

Resultado de Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

Resultado

Referência

LEUCÓCITOS

19.28 x10³/uL

4.0 - 10.0 x10³/uL

NEUTRÓFILOS

71.60 %

50.0 - 70.0 %

LINFÓCITOS

19.70 %

20.0 - 40.0 %

MONÓCITOS

4.50 %

3.0 - 12.0 %

EOSINÓFILOS

4.00 %

0.5 - 5.0 %

BASÓFILOS

0.20 %

0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS

3.85 x10⁶/uL

3.9 - 5.03 x10⁶/uL

HEMOGLOBINA

10.90 g/dL

12.0 - 16.0 g/dL

HEMATÓCRITO

34.40 %

35.0 - 45.0 %

VCM

89.30 ug/L

77.0 - 101.0 ug/L

HCM

28.30 pg

27.0 - 34.0 pg

CHCM

31.70 g/dL

28.0 - 33.0 g/dL

RDW CV

12.30 %

11.0 - 16.0 %

RDW SD

46.50 fL

35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS

236.00 x10³/uL

150.0 - 400.0 x10³/uL

VPM

9.60 fL

6.5 - 12.0 fL

ADP

16.00

9.0 - 17.0

PCT

0.226 %

1.08 - 2.82 %

Sumaira Lima dos Reis

Bioquímico

CRF-RR 465

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69 310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Telefone: (95) 2121 - 0640
Email: hgrlab@yahoo.com.br

24/10/2018 14:52

(*) Retificado

Página 1 de 4



GOVERNO DE
RORAIMA
A VONTADE FAZ ACONTECER



Paciente: **Maria Antonia Felix De Souza**

Solicitação: 10043551

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1974

Idade: 44 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Sector: PAAR

Leito: NÃO INFORMADO

Data de Emissão: 24/10/2018 08:37

Recebimento:

TGP

Resultado de Exame

33.68 U/L

5.0 - 35.0 U/L

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

41.15 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Métodologia: M22 - Imunoturbidimetria

PROTEÍNA C REATIVA

Resultado

2.79 mg/L

Referência

0.0 - 8.0 mg/L

DOSAGEM DE ALBUMINA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M12 - Verde De Bromocresol

ALBUMINA SÉRICA

Resultado

3.99 g/dL

Referência

3.5 - 5.5 g/dL

Notas

1° O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnóstico bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;

2° Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;

3° Este exame sofre grande influência de lipemia, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

IONOGRAMA

Material: SORO

Métodologia: M23 - Eletrodo Ion Seletivo

CÁLCIO IÔNICO

Resultado

1.08 mmol/L

Referência

1.17 - 1.32 mmol/L

POTÁSSIO

3.70 mmol/L

3.5 - 5.1 mmol/L

SÓDIO

141.00 mmol/L

135.0 - 145.0 mmol/L

CLORO

106.00 mmol/L

98.0 - 107.0 mmol/L

Thaylôr O. Taveiro Santos

Bioquímico
CRF-RR 593

Responsável Técnico: Rainaldo Eduardo Costa Junior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3368 - Aeroporto
CEP: 69 310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Telefone: (95) 2121 - 0640
Email: hgrlab@yahoo.com.br

24/10/2018 14:52

(*) Retificado

Página: 4 de 4



GOVERNO DE
RORAIMA
A VONTADE FAZ ACONTECER.



Paciente: **Maria Antonia Felix De Souza**

Solicitação: 10043551

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1974

Idade: 44 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Setor: PAAR

Leito: NÃO INFORMADO

Data de Emissão: 24/10/2018 08:37

Recebimento:

Amostra: 1004355102

Resultado de Exame

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Metodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

Resultado

Referência

TEMPO DE PRÓTROMBINA

11,30 seg

10,0 - 14,0 seg

RNI

0,98

0,8 - 1,2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

22,60 seg

25,0 - 39,0 seg

RATIO

0,71

0,75 - 1,22

Notas

O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Sumaika Lima dos Reis

Bioquímico

CRF-RR 465

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Junior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Telefone: (95) 2121 - 0640
Email: hgrlab@yahoo.com.br

24/10/2018 14:52

(*) Retificado

Página 2 de 4



GOVERNO DE
RORAIMA
A VONTADE FAZ ACONTECER



Paciente: **Maria Antonia Felix De Souza**

Solicitação: 10043551

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1974

Idade: 44 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Sector: PAAR

Recebimento:

Leito: NÃO INFORMADO

Data de Emissão: 24/10/2018 08:37

Amostra: 1004355101

Resultado de Exame

DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES

Material: SORO

Métodologia: M03 - Colorimétrico (diazot)

BILIRRUBINA TOTAL

Resultado

0.25 mg/dL

Referência

0.1 - 1.2 mg/dL

BILIRRUBINA DIRETA

0.12 mg/dL

0.0 - 0.4 mg/dL

BILIRRUBINA INDIRETA

0.13 mg/dL

0.1 - 0.8 mg/dL

Notas

1° O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnóstico bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;

2° Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;

3° Este exame sofre grande influência de Hemólises, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil;

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

1.01 mg/dL

Referência

0.6 - 1.2 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA SÉRICA (LDH)

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

LDH

Resultado

524.58 U/L

Referência

200.0 - 480.0 U/L

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

134.31 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

Material: SORO

Métodologia: M06 - Enzimático Colorimétrico

TGO

Resultado

76.42 U/L

Referência

5.0 - 35.0 U/L

DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

Material: SORO

Métodologia: M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal)

Resultado

Referência

Thaylor O. Taveiro Santos

Bioquímico

CRF-RR 593

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Junior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Liberação do resultado mediante senha pessoal

24/10/2018 14:52

(*) Retificado

Página 3 de 4

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório
Endereço: Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
9.310-095 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(95) 2121 - 0640
lab@yahoo.com.br



GOVERNO DE
RORAIMA
A VONTADE FAZ ACONTECER



Laboratório
Boa Vista

Paciente: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Dr(a): BRUNO THIAGO

Data da Entrada: 11/03/2019

Acomodação/leito C RG:

Pedido: 010015450

Idade: 44A 7M 1D

Convênio: PARTICULAR

CPF:

Hemograma Completo

Data de Coleta: 11/03/2019 14:59

Material biológico: Sangue Total/EDTA

SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....	3,58 milh./mm ³
Hemoglobina.....	9,3 g/dL
Hematócrito.....	30,5 %
V.C.M.....	85,2 fL
H.C.M.....	26,0 pg
C.H.C.M.....	30,5 g/dL
R.D.W.....	17,0 %

Valores Referenciais

4,04 a 6,5

12,2 a 18,1

35,5 a 53,7

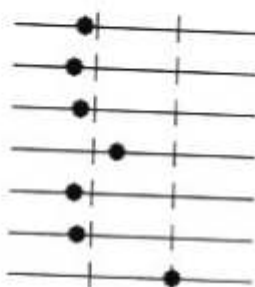
80,0 a 97,0

27,0 a 31,2

31,8 a 35,4

12,0 a 15,0

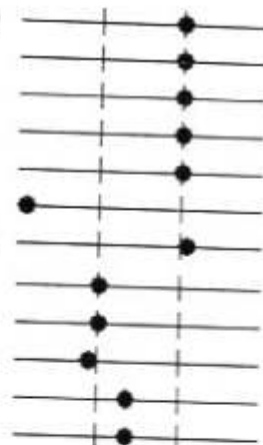
Método: Automatizado



SÉRIE BRANCA

	%	/mm ³
Leucócitos.....		15.350
Blastos.....	0	0
Pró-mielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	0	0
Segmentados.....	90	13.815
Eosinófilos.....	0	0
Basófilos.....	0	0
Linfócitos.....	7	1.075
Linfócitos Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	3	461
Plaquetas.....	251.000	mm ³

%	/mm ³
	4.600 a 10.200
0	0
0	0
0	0
0	0
1 a 5	150 a 600
30 a 60	1.380 a 6.120
0 a 7	0 a 714
0 a 2	0 a 204
25 a 45	1.150 a 4.590
0	0
0 a 12	0 a 1.224
	140 a 400.000 /mm ³



V.P.M..... 8,5

7,0 a 10,0

Observação: Discreta Eritropenia, Presença de Hemácias Hipocrômicas (++), Presença de Hemácias Microcíticas (+), Aumentada Leucocitose e Aumentada Neutrofilia.

Indira Ohsana Ferreira Souza
CRF/RR 733

Rua: José Coelho nº 72 Bloco C, 2º Andar, Sala A - Centro CEP: 69301-300
Fone: (95) 3224-8263 - Boa Vista-RR
Email: laboratorio.boavista@hotmail.com - Site: www.laboratorioboavista.com.br



Laboratório Boa Vista

Paciente: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Dr(a): HENRIQUE JOSE SCHIAVETO

Data da Entrada: 12/03/2019

Acomodação/leito C 13 RG:

Pedido: 010015465

Idade: 44A 7M 2D

Convênio: PARTICULAR

CPF:

Hemograma Completo

Data de Coleta: 12/03/2019 08:03

Material biológico: Sangue Total/EDTA

SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....	3,34 milh./mm ³
Hemoglobina.....	8,9 g/dL
Hematócrito.....	28,0 %
V.C.M.....	83,8 fL
H.C.M.....	26,6 pg
C.H.C.M.....	31,8 g/dL
R.D.W.....	16,5 %

Valores Referenciais

4,04 a 6,5

12,2 a 18,1

35,5 a 53,7

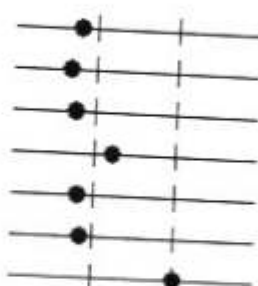
80,0 a 97,0

27,0 a 31,2

31,8 a 35,4

12,0 a 15,0

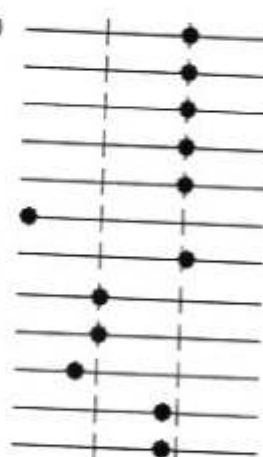
Método: Automatizado



SÉRIE BRANCA

	%	/mm ³
Leucócitos.....		14.720
Blastos.....	0	0
Pró-mielócitos.....	0	0
Mielócitos.....	0	0
Metamielócitos.....	0	0
Bastonetes.....	0	0
Segmentados.....	87	12.806
Eosinófilos.....	0	0
P. filios.....	0	0
ucitos.....	6	883
Linfócitos Atípicos.....	0	0
Monócitos.....	7	1.030

%	/mm ³
4.600 a 10.200	
0	
0	
0	
0	
0	
1 a 5	150 a 600
30 a 60	1.380 a 6.120
0 a 7	0 a 714
0 a 2	0 a 204
25 a 45	1.150 a 4.590
0	0
0 a 12	0 a 1.224



Plaquetas..... 223.000

mm³

140 a 400.000 /mm³

V.P.M..... 9,2

7,0 a 10,0

Observação: Discreta Eritropenia, Presença de Hemácias Hipocrômicas (+), Presença de Raras Hemácias Microcíticas, Aumentada Leucocitose e Aumentada Neutrofilia.

Indira Ohsana Ferreira Souza
CRF/RR 733

Rua: José Coelho nº 72 Bloco C, 2º Andar, Sala A - Centro CEP: 69301-300
Fone: (95) 3224-8263 - Boa Vista-RR
Email: laboratorio.boavista@hotmail.com - Site: www.laboratorioboavista.com.br



Av. Mario Homen de Melo, 5435
REGISTRO CRM/RR: 000067-RR
RT Dr. Vanderlei S. Oliveira CRM/RR 1069

CNPJ: 04.788.372/0001-85
CNS: 6633668

Nome: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA
Medico: NÃO INFORMADO

Pedido: 0040011314
Idade: 44ano(s)
Coleta: 22/01/2019

EXAME: HEMOGRAMA

METODO: Automatizado
AMOSTRA: Sangue total (EDTA)

Eritrograma:

Hemácias: 3.99 mm³
Hemoglobina: 9,0 g/dl
Hematócrito: 31,3 %
V.C.M.: 78,45 fl
H.C.M.: 22,56 pg
C.H.C.M.: 28,75 %
RDW: 14,4 %

Intervalo de Referência :

MULHER:	HOMEM:
4,0 a 5,2 x 10 ⁶ /mm ³	4,5 a 5,9 x 10 ⁶ /mm ³
12 a 16 g%	13,5 a 17,5 g%
35 a 46 %	41 a 53 %
80 a 100 fl	80 a 100 fl
26 a 34 pg	26 a 34 pg
31 a 36 %	31 a 36 %
11,5 a 15 %	11,5 a 15 %

Leucograma:

Global: 5.620 / mm³

3,5 a 10 x 10³/mm³

Diferencial	%	mm ³
Neut. Metamielocitos.:	%	
Neut. Bastonetes.....:	0,0 %	0
Neut. Segmentados.....:	45,9 %	2.580
Eosinófilos.....:	2,2 %	124
Basófilos.....:	0,5 %	28
Linfócitos.....:	44,0 %	2.470
Monócitos.....:	7,4 %	416
Blastos.....:	0,0 %	0

...mm ³ ...
0 a 0
Ate 840
1.700 a 8.000
50 a 500
Ate 100
900 a 2.900
300 a 900
0 a 0

Plaquetas.....: 363.000 mm³

RDW: Fator de variação dos diâmetros dos eritrócitos.

Anemia normocrômica normocítica

Damares Sales P. Ribeiro
Farmacêutica-Bioquímica
CRF/RR-464

PACIENTE: **MARIA ANTÔNIA FELIX DE SOUSA**
IDADE: **44 anos**
MÉDICO SOLICITANTE: **Dr. Henrique**

EXAME Nº.: **548**
DATA: **31/01/2019**

ARTERIOGRAFIA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Exame realizado pela técnica de *Seldinger* por punção percutânea da artéria femoral esquerda e posterior cateterismo seletivo das artérias ilíacas comuns, evidenciando-se:

Bifurcação aorto-iliaca de aspecto anatômico.

Artérias ilíacas comum, externa, interna, femorais comum, superficial, profunda e poplítea pèrvias, com trajeto, calibre e contornos normais.

Tronco tibio-fibular, artéria tibial posterior e arco plantar do pé pèrvios, sem alterações aparentes.

Oclusão no terço distal da artéria tibial anterior (nível da fratura metafisária distal da tibia).

Oclusão no terço proximal da artéria fibular com reenchimento retrogrado do terço distal por colaterais.

Artéria pediosa não opacificada.

OBS.: Fratura do terço proximal e distal da diáfise da fíbula e metáfise distal da tibia. Fratura comitativa com fragmento em asa de borboleta no terço proximal da diáfise da tibia.

Presença de fixador externo na tibia.



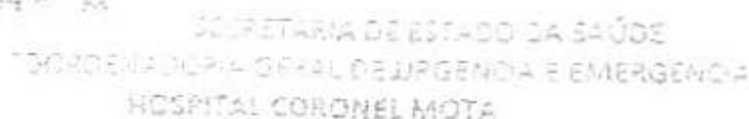
Dr. Marcelo Botelho de Oliveira

Radiologista
CRM 682 /RR



Dr. Camilo Botelho de Oliveira

Radiologista
CRM 1355/RR



PACIENTE Marise Antônio Felix de Souza PRONTUARIO 219094-08
IDADE 44 SEXO F TELEFONE 99116-2815
NOME DO MEDICO 99163-8288

Pte vítima de acidente v/ moto em 24/10/18 (sic) sofrendo fraturas de MIE, exposta, com perda de pele circunferencial, em desbridamento final. Encontra-se no ambulatório de tratamento de feridas (v/ hope) e poderá continuar até ganhar a pele, porém tem área de exserto de músculo (sic) e, por isso, já deverá ser avaliado pela Cirurgia Plástica para propiciar enxerto de MIE.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: Perda de substância circunferencial.

HIPOTESE DIAGNÓSTICA: Perda de substâncias circulares

ENCAMINHAMENTO A ESPECIALIDADE: Cir. Plástica CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERMELHO

MEDICO: Hunter MS CRAC: 638

Ruthene Gifford Mc...
C... ..
...

[Handwritten signature]

DATE 28/11/18

AGGIORNAMENTO

ALFA ROMEO STORIA



LOTTY IRIS

RECIBO

R\$ 6.800,00

Recebi da acompanhante da paciente Srª MARIA ANTONIA FELIX DE SOUZA, a importância de R\$ 6.800,00 (Seis mil e oitocentos reais), como pagamento de estimativa, para fazer o procedimento cirúrgico: RETALHO MUSCULAR EM MEMBRO INFERIOR, solicitada pelo Dr. HENRIQUE SCCHIAVETO.

Boa Vista-RR. 11 de Março de 2019.



Berenice Medeiros
Fisioterapeuta
HOSPITAL LOTTY IRIS EIRELLI-ME
CNPJ 11.509.468/0001-22

TERMO DE CIÊNCIA

O presente orçamento é elaborado conforme o relatório médico ou informação verbal do paciente, fornecido previamente à realização do procedimento cirúrgico. Portanto, **representa apenas uma estimativa do montante total** a ser despendido com procedimento hospitalar descrito. Assim, o valor total apresentado está sujeito a alterações na eventualidade de ajuste de conduta médica, intercorrências e/ou outros tratamentos/procedimentos não previstos neste orçamento, os quais dependerão do diagnóstico clínico do paciente no decorrer da permanência hospitalar, tratamento médico e/ou intervenção cirúrgica, assim como os materiais/equipamentos/procedimentos adicionais que venham a ser solicitados pela equipe médica responsável.

Este orçamento teve como base:

☒ (x) Informação verbal

☐ () Prescrição médica

Encontram-se **EXCLUÍDOS** do presente orçamento os itens relacionados abaixo:

- Exames de qualquer natureza, incluídos os laboratoriais e os diagnósticos de imagem;
- Atendimentos profissionais especializados não prescritos no relatório médico;
- Órteses, próteses e materiais ortopédicos não solicitados pela equipe médica;
- Nutrição Enteral e/ou parenteral;
- Medicamentos e equipamentos para fins quimioterápicos;
- Hemoderivados;
- Vacinas e medicações sem correlação com o processo patológico;

O pagamento pelo serviço hospitalar prestado poderá ser efetuado através das formas indicadas abaixo:

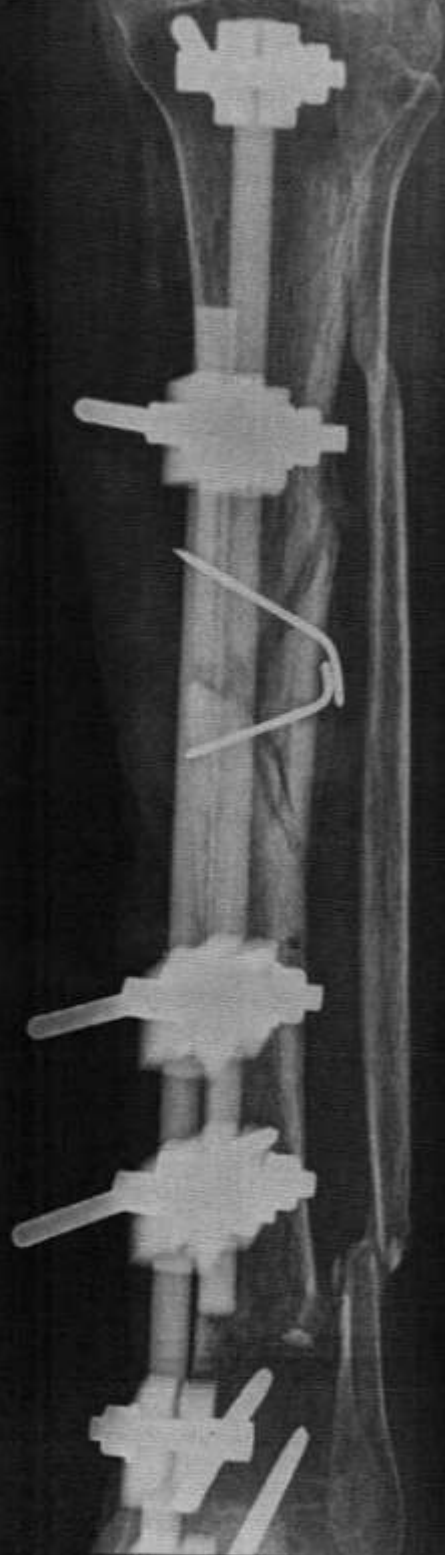
- Dinheiro (10% Desconto das taxas)
- Cartão de débito (10% Desconto das taxas)
- Cartão de crédito até 6x
- Cartão de crédito 3x 4% de desconto

O valor da estimativa tem que ser deixado no financeiro com 48hrs que antecede a internação para o referido procedimento. O montante pode ser em espécie, transferência bancária cartão de crédito em até 6x, cartão de débito e ao final da internação ser apurado o valor real.

Taxa administrativa de 32% do valor total da conta.

OBS: A taxa administrativa corresponde ao preenchimento da documentação necessária de abertura ou arquivamento do prontuário, reserva e preparo da acomodação para o paciente, serviço de higienização, nutrição, lavanderia, auditoria de conta e administração hospitalar, colocando a disposição do paciente toda a infraestrutura do Hospital Lotty Íris.

Validade do orçamento - 30 dias.



E





06/05/2019 06/06/2019
MARIA ANTONIA SOUSA

5991

HOSPITAL CORONEL MOTA



E



MARIA ANTONIA FELIX

3806

HOSPITAL CORONEL MOTA

12/05/2020

Vilson

61.7 %

E



MARIA ANTONIA FELIX DE SOUZA 1186

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vilson

E



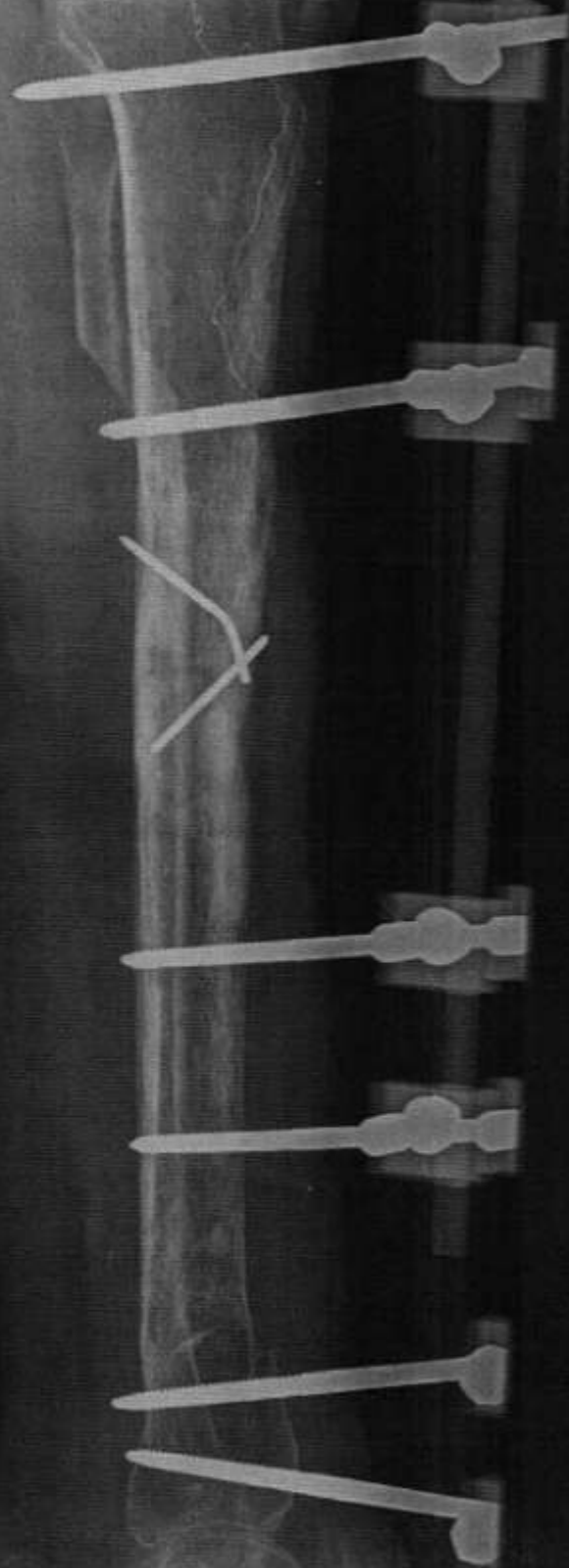
MARIA ANTONIA FELIX
HOSPITAL CORONEL MOTA

12422
29/10/2019

Vilson

61.7%

D



MARIA ANTONIA FELIX

10661

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/09/2019

Fabiola Castro

61.7 %



GOVERNO DE RORAIMA
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"
CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
DEPARTAMENTO RADIODIAGNÓSTICO

NOME: MARIA ANTONIA FELIX

IDADE:

SEXO: F

REG.: 4938

DATA: 31.07.2020

MÉDICO SOLICITANTE: Dr. CARLOS ENRIQUE

EXAME: RX. ESCANOMETRIA

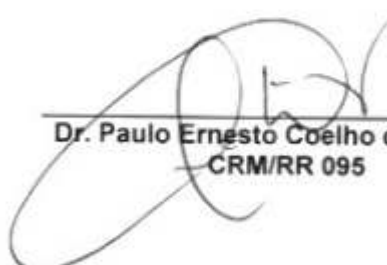
LAUDO MÉDICO

Membro inferior direito: 73.6cm Membro inferior esquerdo: 73.5cm

- O membros inferiores equalizados, segundo "método Farril".

- Correlacionar com dados clínicos.

Dra. Anna Paula de Castro Machado
CRM/RR1672


Dr. Paulo Ernesto Coelho de Oliveira
CRM/RR 095



MARIA ANTONIA FELIX
HOSPITAL CORONEL MOTA

4938
31/07/2020

Vilson

57 1 %



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME Dr. Autaíra Felix de Souza RECEITUÁRIO

LAUDO

Paciente com quadro de
Tx Espsta Tibia @ ha
22 meses com perda de
tecido
condicionando deficiência física

DATA 11/08/2020

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 536 - Centro-Boa Vista RR
CEP: 69.301-150 - CNPJ 04.013.408/0001-98
Telefone 2121 7474



MARIA ANTONIA FELIX

4938

HOSPITAL CORONEL MOTA

31/07/2020

Vilson

66.6 %



MARIA ANTONIA FELIX DE S.

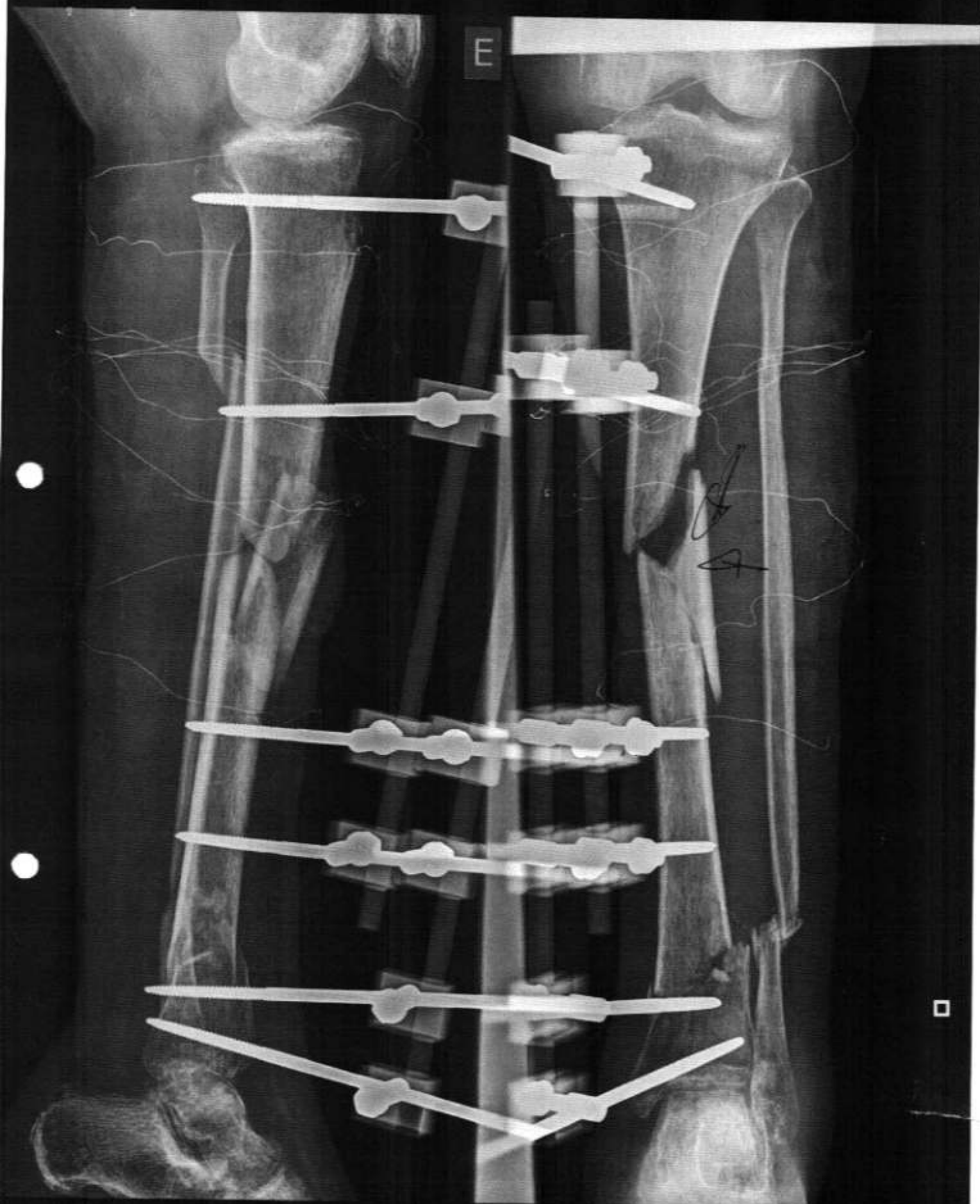
138

HOSPITAL CORONEL MOTA

07/01/2019

Vilson

66.6 %



MARIA A FELIX

1750

HOSPITAL CORONEL MOTA

20/02/2019

Cloudoaldo

57.2 %

MARIA ANTONIA FELIX

14720





E



□

X

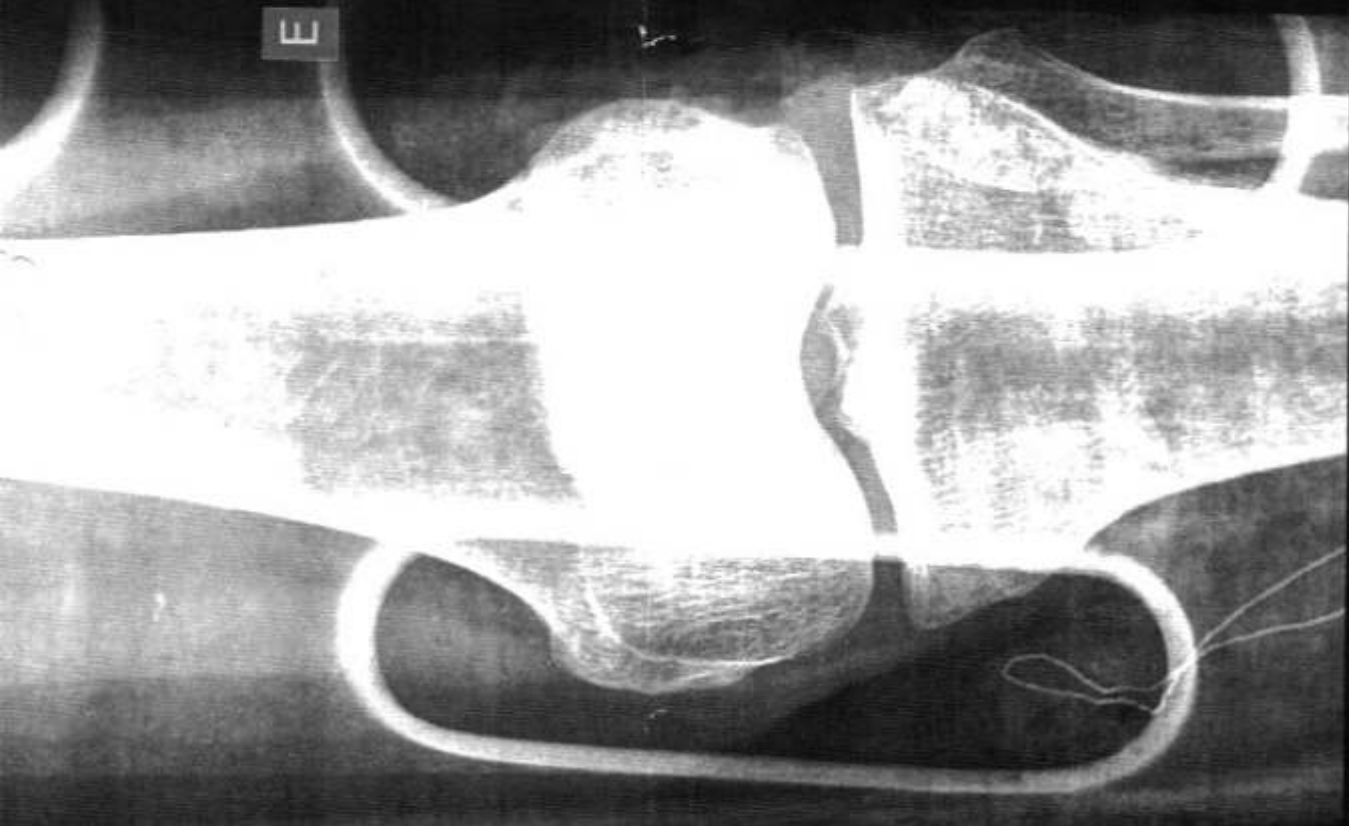
MARIA ANTONIA FELIX

24/10/2018 08:39:28

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

85.3 %





83.1 %

24/10/2018 08:39:28

80.9 %

24/10/2018 08:39:28

MARIA ANTONIA FELIX

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



9.2 % 24/10/2018 08:39:28

MARIA ANTONIA FELIX

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



54.4 % 24/10/2018 08:39:28



E



PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3200303293 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 26/08/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA EM ASA DE BORBOLETA NO TERÇO PROXIMAL DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA, EVOLUINDO COM NECROSE DE PELE. P6/28/58
FRATURAS NOS TERÇOS PROXIMAL E DISTAL DA DIÁFISE DA FÍBULA ESQUERDA. P58

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. P4/6/17/28/41/62/64/73
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237952/20

Vítima: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

CPF: 629.003.902-49

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/10/2018

Titular do CPF: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA : 629.003.902-49

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: 24/08/2020
Nome: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA
CPF: 629.003.902-49

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237952/20

Vítima: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

CPF: 629.003.902-49

Seguradora: ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

Data do acidente: 24/10/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

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

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA : 629.003.902-49

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: 24/08/2020
Nome: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA
CPF: 629.003.902-49

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303293

Vítima: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

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, contados 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, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303293

Vítima: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA**

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

Banco: **001**

Agência: **000004263-3**

Conta: **000010031714-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

629.003.902-49

Maria Antonia Filiz de Sousa

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

14 - CEP:

16 - Tel.(DDD):

Rua Hilda Seabra Guedes
Boa Vista

629.003.902-49

16

69.313-770

95-992437967

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4263

3

CONTA: 31-714

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascidos)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

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 24 de Junho de 2020

Maria Antonia Filiz de Sousa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00041889/2018-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2018 11:51:09 Data/Hora Fim: 24/10/2018 11:51:09
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM Nº 809802 SÉRIE I Data: 24/10/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 24/10/2018 06:40 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Caraná

Logradouro: Av. Carlos Pereira de Melo

Complemento: esquina com Rua SDPM Dinago da Silva

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1222: HOMICÍDIO CULPOSO NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. Não Houve
302 DA LEI 9.503/1997 - CTB)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WESLEY DENNER SANTOS DE SOUZA (SUPÓSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Estado Civil: União Estável

Idade: 26

Documento(s)

RG: 3397831

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Armando Nogueira

Bairro: Asa Branca

Nº: 2450

Nome Civil: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG: 166221

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Rui Baraúna

Bairro: união

Nome Civil: JOSÉ BARROSO DE SOUSA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Estado Civil: Casado(a)

Idade: 52



Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 18/06/2020 10:32:26

Página 1 de 3

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00041889/2018-A02

Documento(s)

RG: 82099

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Hilda Sobral Guedes
Bairro: União

Nº: 16

Nome Civil: OTAVIO MIGUEL SANTOS DE FARIAS (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Documento(s)

RG: 459323

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Austria
Bairro: Cauamé

Nº: 375

Razão Social: ROP/PM Nº 809802 SÉRIE I (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP/PM informa que estavam em patrulhamento de rotina quando deparam-se com um acidente de trânsito no endereço acima citado. Que foram informados que **WESLEY DENNER (CNH nº 05888593280)** que conduzia o **Chevrolet Corsa Super de cor cinza, placas JWN-6421** e trafegava na Av. CARLOS PEREIRA DE MELO sentido CENTRO>BAIRRO quando na rotatória com a RUA SD PM DJANGO DA SILVA houve o abaloamento com a motocicleta **Honda NXR BROS de cor vermelha e placa NAV-8638**, que era conduzido por **JOSE BARROSO DE SOUSA (CNH nº 02336102934)** e tinha a Srª **MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA** como passageira, e trafegava na RUA DJANGO DA SILVA sentido BAIRRO TANCREDO NEVES. Informa ainda que o SAMU foi acionado e fez atendimento no Srº **JOSE**, e após varias tentativas de RCP, foi atestado o óbito do mesmo. Que a Srª **MARIA** foi removida ao PSE/HGR em estado grave. Que o local foi isolado e acionado a Perícia do IC-PCRR, que foi realizado pela equipe do Perito **LISANDRO**. Que após o corpo da vítima, Srº **JOSE**, foi removido pelo IML. No local foi oferecido à **WESLEY DENNER** o teste do etilômetro, tendo em vista que o mesmo apresenta sinais/sintomas de estar sob influencia de álcool (odor de álcool, olhos vermelhos, dispersão), sendo recusado, onde foi necessário confeccionar Termo de Constatação de Sinais de Alteração da Capacidade Psicomotora T151 Nº 002035 e auto de infração A157 Nº012317. Que os veículos estavam com o licenciamento em atraso, porém, foram liberados no local devido a falta de meios para a remoção. Sendo que o Chevrolet Corsa ficou na responsabilidade do Srº **WENDER PHAULER SANTOS DE SOUZA, CNH:04591600404**, e a motocicleta Honda Bros ficou na responsabilidade do sobrinho da vítima o Srº **THIAGO FELIPPE FELIX SOUZA, CNH:04940584613**. Que foi realizado os procedimentos administrativos. Por fim, informa que, diante dos fatos acima expostos, foi dada voz de prisão à **WESLEY DENNER SANTOS DE SOUZA** e conduzido à esta delegacia para as providencias cabíveis. Era o que tinha a informar.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00041889/2018-A02

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães

Agente de Polícia

Matrícula 042000925

Responsável pelo Atendimento

Maria Antonia Felix de Sousa

Vítima

*Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) responsável pelas informações acima assinadas e declaro que sou responsável civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:

3 - CPF da vítima:

4 - Nome completo da vítima:

629.003.902-49

Maria Antonia Filiz de Sousa

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

5 - Nome completo:

7 - Profissão:

11 - Bairro:

15 - E-mail:

8 - Endereço:

12 - Cidade:

6 - CPF:

9 - Número:

10 - Complemento:

14 - CEP:

16 - Tel.(DDD):

Rua Hilda Seabra Guedes
Boa Vista

629.003.902-49

16

69.313-770

95-992437967

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

17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal:

19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☐ RECUSO INFORMAR
☐ SEM RENDA

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

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

21 - DADOS BANCÁRIOS:

☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO

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

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☒ Banco do Brasil (001)

☐ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: 4263

3

CONTA: 31-714

4

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado Judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim ☐ Não

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

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim ☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (ou nascitor)?

☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim ☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim ☐ Não

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

34

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 24 de Junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000010031714-6

Nr. da Autenticação F63623B71EA3D769