

**Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima**
[Início](#) [Ações 1º Grau](#) [Ações 2º Grau](#) [Parecer](#) [Citações](#) [Intimações](#) [Audiências](#) [Sessões 2º Grau](#) [Buscas](#) [Estatísticas](#) [Outros](#)

**Operação realizada com sucesso. Protocolo:**  
**2980120820210215151527**

**Processo 0801756-33.2021.8.23.0010**  - (20 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<b>Realces</b> 					
<b>Realçar Movimentos de:</b> <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência <b>Ocultar Movimentos:</b> <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória					
<b>Filtros</b> 					
<b>Movimentado Por:</b> <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor <b>Sequencial(Intervalo):</b> <input type="text"/> ao <input type="text"/> <b>Data do Movimento(Período):</b> <input type="text"/> à <input type="text"/> <b>Descrição:</b> <input type="text"/>					
11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11					
500 por pág.  1					
Seq.	Data	Evento	Movimentado Por		
 11	15/02/2021 15:15:27	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO</b>	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO <b>Procurador</b>		
		11.1 Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2783560CONTESTACAO01.pdf	Público
		11.2 Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 2783560CONTESTACAOAnexo02.pdf	Público
		11.3 Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	 KIT SEGURADORA LDER.pdf	Público
 10	02/02/2021 13:37:30	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b> Responsável: DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES <b>Analista Judiciária</b>		
9	02/02/2021 12:51:24	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b> <b>REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE ALTERAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO</b>	SISTEMA CNJ		
 8	02/02/2021 12:51:24	3ª Vara Cível	Glayson Alves da Silva <b>Distribuidor</b>		
	02/02/2021 08:52:24	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Redistribuição	PAULO RICARDO SOUSA CAVALCANTE <b>Analista Judiciário</b>		
 6	27/01/2021 11:38:19	<b>DECLARADA INCOMPETÊNCIA</b>	EVALDO JORGE LEITE <b>Magistrado</b>		
5	26/01/2021 14:46:26	<b>CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL</b>	SISTEMA CNJ		
4	26/01/2021 14:46:26	<b>RECEBIDOS OS AUTOS</b>	SISTEMA CNJ		
3	26/01/2021 14:46:26	<b>REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR</b> Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ		
2	26/01/2021 14:46:26	<b>PROCESSO ENCAMINHADO</b> 6ª Vara Cível	SISTEMA CNJ		
 1	26/01/2021 14:46:25	<b>JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL</b>	Wallyson Barbosa Moura <b>Advogado</b>		

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjri.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLQH P8GVN 76YBW A369D



— Guía de Aprendizaje 17

Raquel L. Salazar

SECRETARIA DE EDUCAÇÃO  
Dr. José Gómez  
Av. 25 de Outubro, 1000 - 33080-000  
Av. Doutor Eduardo Gómez, 3308

Classificação	Reclassificação
—	Vermelho
—	Laranja
—	Amarelo
—	Verde
—	Azul Ass.

Recuperado por **Tec. Enfermagem** classificação  
 Vermelho **GORÉN-RR 001.058-491-18** Laranja  
 Laranja **44** Amaral  
 Amaral **44** Verde  
 Verde **44** Azul Ass.  
 Azul Ass.

已阅读 2023-03-26 10:20:20

**FICHA DE ATENDIMENTO**

Nome		Data Nascimento		Idade		CRM/ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07/15	
MARIA ANTONIA FOIX DE SOUZA		08/10/1974		44 A 0 M 16 D							
Documento		Órgão Emissor/ Data Emissão		Sexo		Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade	
10000000000		F		CASADO(A)		PARDA				Nacionalidade	
MARIA FERREIRA FELIX				Pai						BRASILEIRA	
				Mãe		NI				Contato	
										(95) 98407-3331	
Ocupação											
RUA - HILDA SOBRAL GUEDES - 16 - UNIAO - BOA VISTA - RR											
Atas no Piso		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização		Sis. Previd.	
Carteira de Atendimento		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE									
ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento		Professional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
		URGÊNCIA									
TRAUMA E TRAUMA		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.						Registrado por:	
		SAMU CAPITAL								KAREN GARCIA	

Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Influenza

GSC 1010

100-17345 MRV 173456 (C)  
Mist is a little bit heavier, so I didn't count more -  
and I didn't see any more than 100 birds. I am not con-  
fident that I have seen all the birds in the area. At the  
moment I think the birds (C) are more numerous.  
I think the birds will be more numerous in the  
area (C) (I expect the birds to increase in number  
as the day progresses).

Training is the exploitation of man's

FONDO  ULTRASOON  TC  SANGUE  UINNA  ECG  LOUEROS

**PREScrição** **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO**

— Introducing CHOCOLATE COFFEE  
— SOFT ICE CREAM  
— DRINKS SHAKES SHAKES

Ambulatório  
 Observação (Até 24h)  
 Internação  
Data e Hora da Saída/Alta:

HOSPITAL GERAL DE AGRAVAMENTO  
Av. Ribeirão Grande, 570  
Santo André - SP (01) 2121-0621  
- ALTA E RECUPERAÇÃO

## 2.1.2.1. *Introducing the concept*

Garcia et Al. / Assessment 103



11206 : cianagi-fel  
Trecho acidente envolvendo  
automóvel  
elemento + trânsito  
carro, fôrrix sem libra. Abaixo  
da flona apreensão contumaz  
mais  
TC : Automóvel bateu  
causalidade.  
Assunto da cianagi-fel

aind  
1117

13551



**SUS** Sistema  
Brasão de  
Estado  
Ministério  
da  
Saúde

**BI**

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

*ptto 2011*

**DESCRIÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

*Maria Ferreira Felix de Souza*

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N.º 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  
N.º DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (PRA N.º BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

*Maria Ferreira Felix*

*Rua Hilda Sáral Guedes 16, nro 5*

*Bonito*

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - HISTÓRICO CLÍNICO E SINTOMAS SÚMOS

*foi internado para exame*

*foi constatado*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*foi de rotina devido a exame*

*foi constatado*

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

*exame constatado*

*foi constatado*

20 - DESCRIÇÃO DO CARENTE

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

*5857*

*2017*

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

*tratamento cirúrgico de bursite*

*090602051*

26 - CRITÉRIO DA INTERNAÇÃO

27 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28 - DOCUMENTO

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

*1 - CNS*

*1 - CPF*

30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

*24/10/18*

*2017*

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO FÍSICO

35 - CNPJ DA SEGURADORA

36 - N.º DO BILHETE

37 - SÉRIE

38 - CNAE DA EMPRESA

39 - CNPJ/ Empresa

40 - CBOR

41 - CNAE DA EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

*1 - EMPREGADO*

*1 - EMPREGADOR*

*1 - AUTÔNOMO*

*1 - DESEMPREGADO*

*1 - APOSENTADO*

*1 - NÃO SEGURADO*

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

46 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

*João Francisco - 0415030013*

*0908050500 - 5822*

*0406020515 V299*

*0406020515 V299*

*0406020515 V299*

BOLETIM OPERÁRIO

Date: 29/10/19 O.S.

Alvaro Antunes Esbr  
de Frey

## DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: *para o reabastecimento de membrana*

TIPO DE INTERVENÇÃO: *Exploração de* *mais*

## MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

## DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO

11-5050: *Tragia* *varia*

1º auxiliar: *la llave*

478

### INSTRUMENTADORA:

2000-2001

ANESTESIA: none

ANESTESISTAS: L. mms

### ANESTÉSICO:

## Índice

FIN

### DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paard g. van - verlief op een  
eik olsgrond

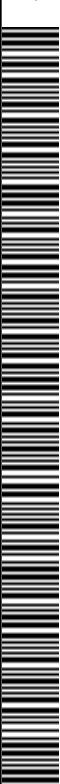
② Apaento, fader de Vlae pbl, Januari  
maand.

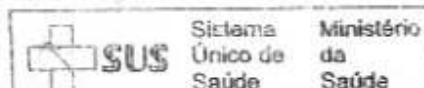
③ Baby de vader d. van - vader prinses  
Katharina, Dina hiltje, poter,

Editha d. van d. van Editha, o. vader  
de vrouw

④ Kerventaro

⑤ Anna d. de les





## 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

*João Pedro Felix*

6 - N° DO PRONTUÁRIO

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

11 - FONE DE CONTATO  
N° DO FONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

### JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Acedeu Trauma cravo  
jovem extenso dor e  
exposição ossos*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

*Instabilidade*

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

*Rx  
Exposta IIIº trânsito*

1 - CÓD PRINCIPAL 22 - CÓD SECUNDÁRIO 23 - CÓD CAUSAS ASSOCIADAS

### PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N° DOCUMENTO

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

31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

*João Pedro Felix*

32 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

33 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

34 - N° DA AUTORIZAÇÃO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

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

36 - N° DO BILHETE

37 - SÉRIE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

37 - CNPJ EMPRESA

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

38 - CNAE DA EMPRESA

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

EMPREGADOR

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APOSENTADO

NÃO SEGURO

### AUTORIZAÇÃO

44 - N° DO ÓRGÃO EMISSOR

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

*João Pedro Felix*

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

47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF)

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

49 - ASSINATURA E CARAMBÓ (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

50 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

24/10/18

O.S. \_\_\_\_\_

*João Autônomo Faria*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

*Fixação exposta vício IIIº @*

INDICAÇÃO TERAPEUTICA:

*Osteosíntese + LRTC*

TIPO DE INTERVENÇÃO:

*Fracoso Estável*

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: *Dr. O. Largo* 1º auxiliar: *Dr. Hugo Faria*  
2º auxiliar: *LOAMIR V.* INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
3º auxiliar: *Dr. Fábio* ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTA: *Dr. Fábio* ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

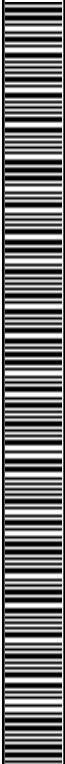
*Excoleta - & grande ferimento com  
descarrancamento extenso lesos  
muscular exposta ossos  
fissão vascular*

*Fixa LRTC*

*Fixação estabil 250 mm*

*Vale TNC @*

*Carlos Henrique da Rosa  
Medicino  
CRM-GO 100*





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

Marie Antoinette Felipe de Souza  
CÁCIAO - DROGA - DOSE - HORA - SESSÃO

## **FICHA DE ANESTESIA**

**PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO**

FNT 25 meg ev

N

24/10/18

PNT 25 mg/kg EV												Nº	24/10/98							
AGENTES	14	15	30	45	52	15	30	45	52	15	20	45	14	15	30	45	15	15	30	45
	40	62																		
SOLUÇÕES	500																			
UOQUEDOS VENCIMENTOS	1450																			
	718	5P	5P	5P	5P	5P	5P	5P	5P	5P	5P	5P	5P	5P	5P	5P	5P	5P	5P	
EV	10	269																		
	36	220																		
URO	40	166																		
	400	74																		
EV	12	362																		
	22	140																		
EV	32	150																		
	42	120																		
EV	52	100																		
	62	80																		
EV	72	60																		
	82	40																		
EV	92	20																		
	102	0																		
EV	112	50																		
	122	100																		
EV	132	150																		
	142	200																		
EV	152	250																		
	162	300																		
EV	172	350																		
	182	400																		
EV	192	450																		
	202	500																		
EV	212	550																		
	222	600																		
EV	232	650																		
	242	700																		
EV	252	750																		
	262	800																		
EV	272	850																		
	282	900																		
EV	292	950																		
	302	1000																		
EV	312	1050																		
	322	1100																		
EV	332	1150																		
	342	1200																		
EV	352	1250																		
	362	1300																		
EV	372	1350																		
	382	1400																		
EV	392	1450																		
	402	1500																		
EV	412	1550																		
	422	1600																		
EV	432	1650																		
	442	1700																		
EV	452	1750																		
	462	1800																		
EV	472	1850																		
	482	1900																		
EV	492	1950																		
	502	2000																		
EV	512	2050																		
	522	2100																		
EV	532	2150																		
	542	2200																		
EV	552	2250																		
	562	2300																		
EV	572	2350																		
	582	2400																		
EV	592	2450																		
	602	2500																		
EV	612	2550																		
	622	2600																		
EV	632	2650																		
	642	2700																		
EV	652	2750																		
	662	2800																		
EV	672	2850																		
	682	2900																		
EV	692	2950																		
	702	3000																		
EV	712	3050																		
	722	3100																		
EV	732	3150																		
	742	3200																		
EV	752	3250																		
	762	3300																		
EV	772	3350																		
	782	3400																		
EV	792	3450																		
	802	3500																		
EV	812	3550																		
	822	3600																		
EV	832	3650																		
	842	3700																		
EV	852	3750																		
	862	3800																		
EV	872	3850																		
	882	3900																		
EV	892	3950																		
	902	4000																		
EV	912	4050																		
	922	4100																		
EV	932	4150																		
	942	4200																		
EV	952	4250																		
	962	4300																		
EV	972	4350																		
	982	4400																		
EV	992	4450																		
	1002	4500																		
EV	1012	4550																		
	1022	4600																		
EV	1032	4650																		
	1042	4700																		
EV	1052	4750																		
	1062	4800																		
EV	1072	4850																		
	1082	4900																		
EV	1092	4950																		
	1102	5000																		
EV	1112	5050																		
	1122	5100																		
EV	1132	5150																		
	1142	5200																		
EV	1152	5250																		
	1162	5300																		
EV	1172	5350																		
	1182	5400																		
EV	1192	5450																		
	1202	5500																		
EV	1212	5550																		
	1222	5600																		
EV	1232	5650																		
	1242	5700																		
EV	1252	5750																		
	1262	5800																		
EV	1272	5850																		
	1282	5900																		
EV	1292	5950																		
	1302	6000																		
EV	1312	6050																		
	1322	6100																		
EV	1332	6150																		
	1342	6200																		
EV	1352	6250																		
	1362	6300																		
EV	1372	6350																		
	1382	6400																		
EV	1392	6450																		
	1402	6500																		
EV	1412	6550																		
	1422	6600																		
EV	1432	6650																		
	1442	6700																		
EV	1452	6750																		
	1462	6800																		
EV	1472	6850																		
	1482	6900																		
EV	1492	6950																		
	1502	7000																		
EV	1512	7050																		
	1522	7100																		
EV	1532	7150																		
	1542	7200																		
EV	1552	7250																		
	1562	7300																		
EV	1572	7350																		
	1582	7400																		
EV	1592	7450																		
	1602	7500																		
EV	1612	7550																		
	1622	7600																		
EV	1632	7650																		
	1642	7700																		
EV	1652	7750																		
	1662	7800																		
EV	1672	7850																		
	1682	7900																		
EV	1692	7950																		
	1702	8000																		
EV	1712	8050																		
	1722	8100																		
EV	1732	8150																		
	1742	8200																		
EV	1752	8250																		
	1762	8300																		
EV	1772	8350																		
	1782	8400																		
EV	1792	8450																		
	1802	8500																		
EV	1812	8550																		
	1822	8600																		
EV	1832	8650																		
	1842	8700																		
EV	1852	8750																		
	1862	8800																		
EV	1872	8850																		
	1882	8900																		
EV	1892	8950																		
	1902	9000																		
EV	1912	9050																		
	1922	9100																		
EV	1932	9150																		
	1942	9200																		
EV	1952	9250																		
	1962	9300																		
EV	1972	9350																		
	1982	9400																		
EV																				

Tratamiento de facturas. Ejercicio de 3º de Bach.

Q30WJ07.CN/2021

PERDA SANGLINIE

Die Domäne

e. Võõrkaalde,

5. Atropine 0.5 mg +

participating in the C-V

⑧ psicose / estuporosa Envolta de  
sensações mais sutis.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE m <sup>o</sup> Antônio Félix da Silveira		411	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	260 03	
TIPO TTO de fratura exposta de braço de fibra (E)			INICIO 13:30	FIM 14:35	TEMPO TOTAL 1h 05m	
CIRURGIÃO Dr Carlos Henrique (C.H.)		CIRURGIA				
1º AUXILIAR Diogo (Diogo)		TEMPO DE DURAÇÃO				
2º AUXILIAR		EQUIPE MÉDICA				
TIPO DE ANESTESIA: General		ANESTESISTA: Dr Fabiano/Ana Mar Res. Anestesia: Rui Manoel				
QUANT.	MATERIAL	VALOR	QUANT.	TEMPO DE DURAÇÃO: 1 hora e 05m / 65min		
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	MEDICAMENTOS FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250		
1	PACOTES GAZE		1	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO		
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO AD-500		
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYLNº 2.0		
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 1		
1	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº		
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		1	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº		
1	LÂMINA BISTURINº 22/24		1	FIO CATGUT SIMPLES Nº		
1	DRENO DE SUÇÃO Nº		1	FIO CATGUT CROMADO Nº		
1	DRENO DE TORAX Nº		1	FIO PROLENE Nº		
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº Nylon Nº 2.0		
1	SERINGA 01ML		1	SURGICEL		
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSO		
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATANº		
1	SERINGA 10ML		1	OBOFOAM		
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA		
1	Cateter D		1	OUTROS: Fralda / despejo		
TOT Nº 7			300ml DEXA topico			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS				DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE Suellen / Bruna (Manoel)	MATERIAL MEDICAMENTOS			SUB- TOT/
FUNCIONARIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA			
			TAXA DE ANESTESIA			
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			SOM

Tudo em MTS  
nega placaNOME: **iná Antônio Felix de Souza**

## SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

### CENTRO CIRÚRGICO/SSPA



#### DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: **24/02/13**Pág. **1** / **1** Idade: **49**Orientada: **C/T**Emergência: **✓** U.T.I. 1Internação: **✓** U.T.I. 2Outra: **✓**Outra Preopera: **✓**Folha Cirúrgico: **ME**Informações: **✓**Jejun: **✓** Pré-anestésicoJá está: **✓** IntramuscularBanho: **✓** SangueAlergia: **✓** CardiopatiaExames: **✓** FisiológicoOutros: **✓**

Entrada na Sala

Início da Cirurgia

Início Anestesia

Término Cirurgia

Saída S.O.

Posicionamento

Sofá: **✓**Cirurgia Realizada: **✓**Anestesia: **✓**Intubação: **✓**Outros: **✓**

TRANSAOPERATÓRIO

Entrada na Sala

Início da Cirurgia

Início Anestesia

Término Cirurgia

Saída S.O.

Posicionamento

Sofá: **✓**Cirurgia: **✓**Anestesia: **✓**Sofá: **✓**Anestesia: **✓**Sofá: **✓**Anestesia: **✓**Sofá: **✓**Anestesia: **✓**Sofá: **✓**Anestesia: **✓**Sofá: **✓**Anestesia: **✓**Anestesia: **✓**Anestesia: **✓**Anestesia: **✓**Anestesia: **✓**Anestesia: **✓**Anestesia: **✓**

Sinais Vitais

T: **21h** P: **115** PA: **126/79** SPO2: **99**Localização: **III** Posição: **30°**Sinais Vitais: **✓**Sinais Vitais: **✓**

Sinais Vitais





Maria Antônia 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	Marina Antônia Félix					
DIAGNÓSTICO	FRACTURA TIBIAL					
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE	42	LEITO		DATA	26/01/2021	
ITEM		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	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	SSV + CCGG 6/6 H					
13 C/P	CIPROFLOXACINA 400MG C/12/9 (1PTE)					
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:						

06h realizado troc de AVP  
com glic n: 20

Manhã etanol  
fundo liso

Dr. José L. 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	110x79	106	36,5°C
21 H	113/70	108	

12h Verificadas SSV e administradas medicacões  
CPM



204-3

23/02/18

Names ANTONIO FOLLY

- ✓ Dexte 100  
✓ Cefalotina 1000 mg - ~~15-18~~ 21'06  
✓ Diprofene 250 mg 6/63 - ~~15-18~~ 21'06  
✓ Ticitac 200 mg 12/61 - ~~15-18~~ 06/1  
✓ Thalac 100 mg 6/61 06/1 - SN  
✓ Plastifi 100 mg 8/61 11/2 - SN  
✓ Captopril 25 mg 1/61 11/2 - SN  
✓ Mirtidina 40 mg 8/61 11/2 - SN  
✓ Crotamidex  
✓ Ciprofloxacin 400 mg 12/61 - ~~15-18~~ 06  
✓ CR

Possui eletro  
leads 100

Dr. Joao Alves Barbosa Filho  
CRM-RR 566

18h - PA: 110x70 mmHg, FC: 71 bpm <sup>tacones</sup> <sup>Maia</sup>  
OR 94% SPO2

24hs - PA: 104/69 P: 902 T: 36,5°C mmHg

06hs - PA: 100x70 FC: 98 S: 110 mmHg

Antonio Rodrigues  
Técnico em Enfermagem  
CREF/DF 078.228 TE  
23/02/2021



204-3



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN
PACIENTE	Flávia Antônio Fleur			
DIAGNÓSTICO	Flávia T. Fleur			
ALERGIAS				
IDADE	42	HAS	DM2	
ITEM		LEITO	DATA	28/10/18
PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO
2	AVP			SN D
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			12/12 24/24
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			12/12 24/24
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			12/12 24/24
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			12/12 24/24
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			06
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	SSV + CGG 6/6 H			
13	CIPHO Flex 1000 U 01/17			18/06
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:				

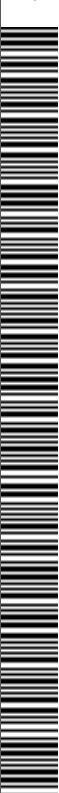
## EVOLUÇÃO MÉDICA

Recent events  
April 1996

Dr. José A. López Aguirre  
CMT-RR 565

CRUAIS VITais				
3H				
12H				
18H				
24H	Deficit em fisiologia			

Deficit de funcionalidad  
Tres de 10 P. ~~Revisado~~ <sup>2011-04-17</sup> ~~información~~ <sup>información</sup> ~~2011-04-17~~ <sup>2011-04-17</sup>



2018-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				 
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN		
PACIENTE DIAGNÓSTICO	HANNA ALVES FRAUDE PESSOAL			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	LEITO	DATA	29/02/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	AVP			S/N
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			MANHÃ
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			12:18 29/02
5	DIFERONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			18:06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			22:18 29/02
7	GLIC 10 mg EV 8/8h (S/N)			S/N
	250 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S/N
	GLIC 50mg DE 8/8H EV S/N			S/N
	TRAM 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S/N
	VO DIÁRIO			MANHÃ 20/02
	22:00:00H			18:06
	1000 ml KLOXANIC 400 g IV 1L/1L			
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:				
<p style="text-align: center;">Painel ceto Ajudar novo proceder</p>				
				

S. VITAS	OR	FC	+	FC
0H				
12 H	120x70	87	36	
13 H	104x76	117	37,4°C	20
2 H	103 / 65	100	36,8°C	

29-02-18 18:00h Pcte deitado  
no leito, consciente, realizou  
medidas de fluxos 3-4-5-13  
esfúv p. p. p. seguindo  
cuidado da enfermagem

Maria Cecília G. Figueira  
CPRE/DRH 307.446-TE





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

15/02/2021

Data: 21/02/16 OS: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura operada com placa e parafuso

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: RELO

TIPO DE INTERVENÇÃO: Exploração tornozelo (remoção)

MENSAÇÕES E ACIDENTES: + Ecografia de resto ósseo

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 2 nenhuma

PROFISSÃO: Br. Técnico 1º auxiliar: \_\_\_\_\_

ALUNO: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: Halotet

ANESTESIA: 0,5% Etomidate ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente mafioso
- Alergico, catarral
- Cxg, estéril
- Medio d. b. fino e fino
- 2 pinos fino d. fino e fino
- 1 p. d. fino d. fino e fino
- Escavotomo d. fino e fino
- Cura fino

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar  
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amizade Particular dos Brasileiros"

## FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO												ANESTESIA												
M2 2,5mg Fw 10:00h FAT 75mg Fw 5AGSASSEN												EF 17 5												
												Nº 31 10-19												
A G E N T E S	10	15	30	45	11	15	30	45	12	15	30	45	13	15	30	45	14	15	30	45				
	N 23	82																						
Líquidos Venosos	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20				
DA	10	240																						
A	30	120																						
ALCO	10	220																						
AN	10	100																						
C	10	40																						
Exant																								
U																								
Assent - Corpo -																								
SÍMBOLOS	A	B	C	D	E	F	G	H	I	J	K	L	M	N	O	P	Q	R	S	T				
ANESTESIA	A BONVAN 0,5% 10mg												TÉCNICA											
A	RAQUIANESTESIA Lombar 10mg												RAQUIANESTESIA Lombar 10mg											
B	CABO SANFONICO Fino												CABO SANFONICO Fino											
C	DURA Diclid 100ml 0,5%												DURA Diclid 100ml 0,5%											
D	ESPUMARTE												ESPUMARTE											
E	-												-											
F	-												-											
G	-												-											
GUODE	Líquidos												Cirurgia - Naso / Ora Partege Naso / Otorrinol - Coga Bal - Tono - Calibre do Tubo Sob Náusea Oftalmologista											
H	1.000 ml												TEMPO DE ANESTESIA											
I	1.000 ml												01:00											
J	IMP-23 0-21-9-07 M-E-E												Laringo - Estreito - Excesso Seco Depressão Respiratória - Hipoxia "Building" - Vômito											
K	Anestesia - Dolor - Temperatura												Hemorragia - Anemia Brad Taquicardia - Choque											
L	Nasal - Cerebral - Sistêmico												PERDA SANGUÍNEA											
M	2 Jrs												1000/1000											





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

484 FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURG

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Manoel Antônio Felix de Souza	204-3		31/10/18

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
limpeza cirúrgica + fixador externo M. c. esquerdo	10:30	11:50	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	
Dr. M. Jesus	Dr. Fabiano	
1º AUXILIAR	pt. Bruno	

2º AUXILIAR	CIRCULANTE	
	Manoel Angelus / Aranda	

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Loco	

MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
FRATOS COMPRAS 07/03			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	250ml
UNID		17		
ACCESSÓRIOS			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
LUVA ESTERIL 8.0			FIO VICRYL N°	
LUVA ESTERIL 8.5			FIO MONONYLON N°	
LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
LÂMINA BISTURI N° 22			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
DRENO DE SUCCÃO N°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
DRENO DE TORAX N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
DRENO DE PENROSE N°			FIO PROLENE N°	
SERINGA 01ML			FIO SEDA N°	
SERINGA 03ML			SURGICEL	
SERINGA 05ML			CERA P/ OSSO	
SERINGA 10ML			KIT CATARATA N°	
SERINGA 20ML		1	GEOFOAM	
30x8 Agulha			FITA CARDIACA Agulha p/ Fagge N22	
Escova p/ agulhas			OUTROS: Eletrodos	
			100ml p/ TOPO	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
---	----------------------------	-------

INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL
	gellen		
	Greene		
JO. CALDEIRA	CHOCULANTE DE SALA Greene marceline angelus	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	Edna Philipe					
AGNÓSTICO	TIBIAL + FIBULA					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO	
IDADE	47	LEITO	2011	DATA	31/01/2021	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					→ S/V B
2	SF 0 9% 500ML S/N EV					→
4	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV					→ S/V
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS					→ 10:18 22/01
6	TRAMAL 100MG + SF 0 9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR INTENSA					→ S/V
7	PLASIL 10 mg EV B/8h (S/N)					→ S/N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					→ S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					→ S/N
10	CURATIVO DIÁRIO					→
11	ISSVV - CCGG 6/6 H					→ Reduzir
12	CLF 1000 mg 1000 ml 1/16					→ 10:02 (CPCT)
13	CIPROFLEX CIMA 400 mg 17 ml					→ 10:00
14						
15						
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 MEDICA:						
SINAIS V.	PA	FC	FR	TEMP	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARcos AGUIAR CRM 1995 RR	
6 H	109/70	67	18	36,9		
12 H	90+ no C.C.					
18 H	111x74	95		36,4		
24 H	103x64	106	19	36,7		

Paciente 1a d.c.  
e boas condiz...

Dr. Jesus Lopes Aguiar  
CRM-RR 566



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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	17 MARIA ALTOURA FELIX			
DIAGNÓSTICO	FRATURA FCDI			
ALERGIAS				
IDADE	42	HAS	DM2	
ITEM		LEITO	204-3	DATA
PREScrição				
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO		
2	AVP	5/5/5		
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 DOR INTENSA	16 04		
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 DIARIO	12 18 24 06		
12	SSVV + CCGG 6/6 H	12 18 24 06		
13	CLPENICILINA 1 GR EV 12/12H	12 18 24 06		
14	CLPENICILINA 1000 mg 12/12H	12 18 24 06		
15		12 18 24 06		
16		12 18 24 06		
17		12 18 24 06		
18		12 18 24 06		
19	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 DM/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	12 18 24 06		
20		12 18 24 06		
EVOLUÇÃO MÉDICA:				

Pecunia etiam  
tende tempa

~~Dr. Rosa A. Lopez Figueroa  
CRM-RR 566~~

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TX	TC	TPS	FEV S/S
6 H					304		
12 H	139x77	115	17	355			34,6
18 H	106x70	110	18	37,20			
24 H							

24 H paciente estreñido, rectalmente medicado y  
efecto semejante. 100g. 26. 2. 87 X 65

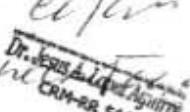
06 02 07 x 00  
0-0 9 Diana Rojen Wess  
Técnico en enfermería  
3 COREN-RR 556.0.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE		Márcia Alves da Silva		
DIAGNÓSTICO		Fractura extrema f10.		
ALERGIAS				
IDADE		42	HAS LEITO	204-3 DATA 02/11/18
ÍTEM	PREScrição			HORÁRIO
	1	DIETA ORAL LIVRE		
2	AVP		manh	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H	(suspenso)	SUSP	18 06
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			24 06
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			24 06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SND
7	GLASER 10 mg EV 8/8h (S/N)			SND
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SND
9	NÍTRIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			SND
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SND
11	CUDATIVO DÁRIO			X
12	SC. 100UI 5/6 H			24 06
13	CEFTIAXONA 1 GR EV (2/12)			24 06
14	CIPROTEKSEXA 400 mg EV 12/12			24 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 DU/ML, GLICOSE 50%			
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
<p>Paciente estável Aguardar cirurgia</p>				
				
SINAIS VITAIS		PA	FC	TX
6H	100x70	100	36	
12H				
18H	100x60	116	36,9	
24H	100x60	106	36,9	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	<i>Flávia Proença</i>				
DIAGNÓSTICO	<i>Fratura tibial</i>				
ALERGIAS	42	HAS		DM2	
IDADE	41	LEITO	7042-3	DATA	07/02/2021
ÍTEM	PREScrição				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>S/N</i>
2	AVP				<i>10:00</i>
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				<i>10:00</i>
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				<i>10:00</i>
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				<i>10:00</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>S/N</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>S/N</i>
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>S/N</i>
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				<i>S/N</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>S/N</i>
11	CURATIVO DIARIO				<i>N</i>
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	<i>CLEFTINAKOV 1 CAL EV 12/12H</i>				<i>10:00</i>
14	<i>Ciprofloxacin 400mg EV 12/12H</i>				<i>10:00</i>
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:					
<i>Plantar com necrose d pode levar à amputação</i>					
<i>Dr. José Alves Barbosa Filho Cirurgião-Dentista CRO-RR 982.941-12</i>					

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	108/66	90	37,1°C
18 H	99/63	106	37°C
24 H			

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA						 
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE	J. A. M. A. LTO. R. F. M.					
DIAGNÓSTICO	Painel Tibial					
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE	41	LEITO	2041-7	DATA	04/11/11	
ÍTEM	PREScrição					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SN
2	AVP					anterior pran
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H					SUSP.
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H					18 op
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H					18.04.06.00
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 50MG DE 8/8H EV S/N					SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN
11	CURATIVO DIARIO					anterior
12	SSVV + CCGG 6/6 H					18.04.06.00
13	CIEPTINAX 0.1 1 CP EV 12/12					12/12.30
14	CIPROPIVACET 400 1 12/12					20.08
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:						
Painel extor pelo nro  						
SINAIS VITAIS						
6 H	200/76 102 361					
12 H	144/70 96	36.4				
18 H	130/75 90	36.5				
24 H	120/76 94	362				

2041-3

2043

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	M Agen Protiva FCR				
DIAGNÓSTICO	Pain TN				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	42	LEITO	204-7	DATA	05/02/2021
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				6/6
2	AVP				MANHÃ
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				10/10/21
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				12/12
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				06/12
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12/12
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				06/12
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12/12
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				12/12
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12/12
11	CUMATIVO DIARIO				NOITE
12	SSVV + CCGG 6/6 H				06/12
13	CEFTRIAXA 1 GR EV 12/12				06/12
14	CIPROFLOXACINA 400 MG 12/12				06/12
15					
16					
17					
18					
19	SE DIA DE HCG 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% 400 UI EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente está  
pele neutra

Dr. José A. Lopes Aguiar  
CRM-RR 566

SÍN. VS VITAIS	P.A	FC	R	T
EH	-	-	-	-
12 H	94X76	80	-	36.2
18 H	130X80	80	-	36.3
24 H	190X65	113	-	36.6
06h	113X71	115	-	-

PROJUDI - Processo: 0801756-33.2021.8.23.0010 - Ref. mov. 11.2 - Assinado digitalmente por Joao Alves Barbosa Filho  
15/02/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO. Arq: DOCS

05-11-18-18:00h  
Pode ser lido no site  
conforme realizado  
medições dos itens  
Fazendo parte do processo

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>		
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE <i>Idhca</i>			2 - CNES <input type="text"/>	3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE <i>Idhca</i>
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Haris Antônio POU</i>			6 - N° DO PRONTUÁRIO <input type="text"/>	7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) <input type="text"/>
8 - DATA DE NASCIMENTO <input type="text"/>			9 - SEXO <input type="text"/>	10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <input type="text"/>
11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE <input type="text"/>			12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) <input type="text"/>	13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <input type="text"/>
14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <input type="text"/>			15 - UF <input type="text"/>	16 - CEP <input type="text"/>
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Pecas. acidez d falta d'ar d'pele e fearn d'pele</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Cinizar</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Pr pele cica</i>				
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>NECROTE POU 1/2/3 pele.</i>			21 - CID 10 PRINCIPAL <input type="text"/>	22 - CID 10 SECUNDÁRIO <input type="text"/>
23 - CID 10 SECUNDÁRIO <input type="text"/>			24 - CID 10 SECUNDÁRIO <input type="text"/>	25 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <input type="text"/>
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Lipex Cirurg e circofagia</i>			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO <input type="text"/>	26 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="text"/>
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO <i>Cirurgiuncorcia</i>			28 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <input type="text"/>	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <input type="text"/>
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>Teri Alopas Am</i>			31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <input type="text"/>	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Carimbo</i>
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)</b>				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO <input type="checkbox"/>			36 - CNPJ DA SEGURADORA <input type="text"/>	37 - N° DO BILHETE <input type="text"/>
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO <input type="checkbox"/>			38 - CNPJ EMPRESA <input type="text"/>	39 - SÉRIE <input type="text"/>
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO <input type="checkbox"/>			40 - ONAE DA EMPRESA <input type="text"/>	41 - CBOR <input type="text"/>
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR			43 - AUTÔNOMO <input type="checkbox"/>	44 - DESEMPREGADO <input type="checkbox"/>
45 - APOSENTADO <input type="checkbox"/>			46 - NÃO SEGURADO <input type="checkbox"/>	47 - NÃO SEGURADO <input type="checkbox"/>
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="text"/>			44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR <input type="text"/>	45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>0415040035 R02</i>
46 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF <input type="text"/>			47 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR <input type="text"/>	48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>6/1/11</i>



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 26/01/19

O.S. \_\_\_\_\_

PAC. ANTONIO  
FELIX / FAM.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Necrose pelo periorbita

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Línea cirúrgica e cicatrização

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O m-

CIRURGIAO: Dr. JESUS 1º auxiliar: \_\_\_\_\_  
2º auxiliar: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
3º auxiliar: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: ANEST

ANESTESISTAS: Dr. ANEST ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Proc. orbita
- Anel, orbita
- Capa orbita
- Incis. de hem
- Escor. tr. óbita
- n. 11, 12 óbita colar
- Curv.
- NTada

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre  
CRM-RR-566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Ano da Proliferação das Drogas"

## FICHA DE ANESTESIA

Maria Antônia F de Souza. 44a.

06/11/16

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº Nage Nage  
Nage HPP

AGENTES	45												45											
	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45						
LÍQUIDOS VENOSOS	A	M	<del>5</del>	<del>5</del>	<del>5</del>	<del>5</del>	<del>5</del>	<del>5</del>	<del>5</del>	<del>5</del>														
DA	10	240																						
X	36	220																						
ULSO	36	200																						
ANEST	34	180																						
X	32	160																						
CP	28	140																						
O	26	120																						
TEMP.	24	100																						
ASPFU.	22	80																						
A	20	60																						
RESPI.	18	40																						
O	16	20																						
	14	10																						
	12	8																						
	10	6																						
	8	4																						
	6	2																						
	4	1																						
	2																							
ESPIR.	acalmação anestésica. 0000																							
Axilar																								
Coron.																								
SÍMBOLOS	223	40																						
AGENTES	Fentanil 100 mcg.																							
B	Diazepam 5																							
C	Bupivacaina 1,5% 26G de Quincina 1 ml																							
D	Sufepivacaína 1,5% 26G de Quincina 1 ml																							
E	2% fentanil 100 mcg.																							
F	2% fentanil 100 mcg.																							
G																								
GLUCOSE	LÍQUIDOS																							
ATCQ																								
SANGUE																								
36.037.1500-2																								
TOIM.	1300-1																							
OPERAÇÃO	Desbridamento de área em M&M																							
ANESTESIA	Dr. Wilson Ribeiro M. Souza										CÓDIGO: 00000000000000000000													
											PERDA SANGUÍNEA ≤ 10 ml													

ANOTAÇÕES: 1 - Check List Anest. Ok.  
2 - Anest. Remivana, Eufrônio, Anelox  
3 - Gauz (CNO) 22/mm  
4 - Sedação - Fentanil 100mcg. (GU)  
5 - Diazepam 10 mg (GU)  
6 - Aquanestina 1000 mg. Bupivacaína 1,5%  
7 - em AB temp - 10 mmHg.

DR. WILSON RIBEIRO M. SOUZA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Maria Antonia Felix de Souza		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DA 06/11 14
TIPO Brimpe - Cirurgia em MJC		CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO
		INICIO 21 40	FIM 22 50	TEMPO TOTAL 1h 10m
CIRURGIÃO Jenil		EQUIPE MÉDICA		
1º AUXILIAR		ANESTESISTA: RES. ANESTESIA: INSTRUMENTADOR: Bruno		
2º AUXILIAR		CIRCULANTE L. Andrade, Claudenir		
TIPO DE ANESTESIA: Rágue		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 50ml Andrade 10ml
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLN®
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (par)			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
	LÂMINA BISTURIN®			FIO CATGUT SIMPLES N°
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°
	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°
	DRENO DE PENROSE N°			FIO SEDAN® Rivalta 70%
	SERINGA 01ML			SURGICEL Cloridrato de gelena
	SERINGA03ML			GERAP/OSSO doxiduro alid
	SERINGA05 ML			KIT CATAPARATAN® max-dex
	SERINGA 10ML			GEOFOAM pro dexe
	SERINGA20ML			ELTA CARDIACA prosi dexe
	1 agulha p/ rágue			OUTROS: cateter O2
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Alexandra + Simone	MATERIAL MEDICAMENTOS		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB-TOTAL		
		TAXA DE SALA	SOMA	
		TAXA DE ANESTESIA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



*Maria Antônia* 204-03 204-11

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

**PACIENTE** *Maria Antônia Freis*

**AGNÓSTICO** *Pronto Tudo*

**ALERGIAS**

ITEM	HAS	LEITO	DATA	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	<i>CETILFLAXONA 1600 EV 12/12 CIP</i>			
14	<i>CETILFLAXONA 400 EV 12/12</i>			
15				
16				
17				
18				
19				
20				

**SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),  
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI,  
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 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:**

**SINAIS VITais** SEM PREVISÃO

9H	PA	FC	FR	T
12H	100/70	99		
13H	98/69	104	22	36°C
2H	101/72	99		36,1°C

*Pac. 204-03  
Maria Antônia  
detona 12*

*Dr. Jesus A. Lopez Aquino  
CRM-RR 500*

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

204-03

204-3<sup>c</sup>

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima
PACIENTE	DIAGNÓSTICO	ALERGIAS	IDADE	ÍTEM	DATA	
RAMA ANTONIA FERREIRA	PINTA TIBIA		42	HAS LEITO	204-03	
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					5
2	AVP					5
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H					MANHÃ
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H					
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					08:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					5:00
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					5:00
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N					5:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					5:00
11	CURATIVO DIARIO					5:00
12	SSVV + CCGG 6/6 H					M
13	CEFETAXOL 1 GR EV 12/12 (com a pct)					5:00
14	Ciprofloxacina 400 - EV 12/12					5:00
15						5:00
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; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Pecaré evitável  
leito executa noite oblige por

~~Dr. José A. Lopes Aguiar  
CRM-RR 566~~

SINAIS VITAIS	PA	FC	T <sub>z</sub>
6 H			
12 H	107/68	99	36-1C
18 H	100/80	80	36,2-C
24 H			

PA 90/60 e medicina administrada  
FC 90 obss 5, 13, 14, C. p. m. planton  
Tz 36 sem greixos durante o planton

Ana Martins S. Andrade  
Tic de Enfermagem  
CRM - RR 000000-TE  
guarani

204-2

204-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MANA ANTONIA FERREIRA				
DIAGNÓSTICO	Plastia - TIBA				
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS	DM2		
ITEM	LEITO	204-3	DATA	00/00/00	
PREScrição					
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO			
2	AVP	SND			
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H	MANTEAR			
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H	—			
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H	05.30 06.00			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	04.30 05.20 06.00			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SV			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SV			
9	RANTIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N	SV			
10	C. PTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SV			
11	CURATIVO DIARIO	ROTINA			
12	SSV + COGG 6/6 H	ROTINA			
13	CEFTIAXONA 1 CP IV 12/12	ROTINA			
14	CIPROFLOXACINA 400 - IV 12/12	10.22.09.20			
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:					
<p>Pccm? estavam sendo levados</p> <p><i>Dr. JESUS A. Lopes Agosto CRM/RR 565</i></p>					
<p>B P T</p>					
SINAIS VITais					
6 H	100/60	82	36°		
12 H					
18 H	130/60	60	36,5C		
24 H	90/60	85	- 36,5C		

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		H A M A A M E M A F E L I																											
DIAGNÓSTICO		F M T U T B I																											
ALERGIAS		HAS	DM2																										
IDADE		LEITO	204-3	DATA																									
ITEM		PREScrição																											
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO																									
2	AVP			S N D																									
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			M A N T E R																									
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			18 24 06																									
5	CIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			18 06																									
6	THIAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			204 14 20 02																									
7	P F A S I L 10 mg EV 8/8h (S/N)			S V																									
8	CAFTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S V																									
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			S V																									
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			S V																									
11	CURATIVO DIARIO																												
12	SSVV + CCGG 6/5 H			R o m a R o m a																									
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; $\geq$ 400: 10 UI E OU GLICOSE $\leq$ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																												
EVOLUÇÃO MÉDICA:																													
<p>Pecou e fez Aguardar medico definir</p> <p>Dr. Jesus V. M. da Silva Assinatura</p>																													
<p>PA FC Tc</p> <table border="1"><thead><tr><th>SINAIS VITAIS</th><th>PA</th><th>FC</th><th>Tc</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>6 H</td><td>100/60</td><td>101</td><td></td><td></td></tr><tr><td>12 H</td><td>126/89</td><td>100</td><td>35 9C</td><td></td></tr><tr><td>18 H</td><td>102x32</td><td>97</td><td>36.5C</td><td></td></tr><tr><td>24 H</td><td>100/60</td><td>96</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>					SINAIS VITAIS	PA	FC	Tc		6 H	100/60	101			12 H	126/89	100	35 9C		18 H	102x32	97	36.5C		24 H	100/60	96		
SINAIS VITAIS	PA	FC	Tc																										
6 H	100/60	101																											
12 H	126/89	100	35 9C																										
18 H	102x32	97	36.5C																										
24 H	100/60	96																											

18:00h Paciente se encontra no leito 204-3. A imediação de  
horários realizadas, segue os cuidados de enfermagem

704-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PREScrição MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE	MAHLA MTOV. FELIX					
DIAGNÓSTICO	ZMTR T/VM					
ALERGIAS						
IDADE	42	HAS	DM2			
ITEM		LEITO	DATA	10/11/8		
PREScrição						
1	DIETA ORAL LIVRE		HORÁRIO			
2	AVP		SND			
3	CEFALOTINA 1G !AMP +AD EV DE 6/5H		mon 18			
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		21 06			
5	DIPIRONA 1AMF + 8ML DE AD EV DE 6/6H		18 06			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		21 06			
7	PLASIL 10 mg EV 3/8h (S/N)		S/N			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N			
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N			
11	CURATIVO DIARIC		S/N			
12	SSVV + CCGG E/5 H		S/N			
13			metolima			
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:						

## EVOLUÇÃO MÉDICA

Pearl Corp  
April 1944

Dr. Jesus A. Lopez Aquidren  
S-101-Par. 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	100x70	95	16	37,1°C

10/06/00 95  
F. Realizado 1000g 90 70 30  
- nozes da SINA Souza  
Enfermagem

20 40  
moques da Silva Souza  
Técnico de Enfermagem  
Cored RR-001 200.883

34.1°C  
36.7°C  
56  
APR '61  
Lane ~~Br. 22~~ 519  
30 May 1961  
SEN-KR 199 519



204-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MEdICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	Raima Antônio Félix			
DIAGNÓSTICO	Fratura tibial			
ALERGIAS	AVP	HAS	DM2	
IDADE	42	LEITO	204-2	DATA 11/01/18
ITEM	PREScrição			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SNP
2	AVP			Manhã
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			12:00
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			12:00
5	DIPIRONA 1AMP + 6ML DE AD EV DE 6/6H			12:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h 8E 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 50MG DE 8/8H EV S/N			SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
11	CERATIVO DIARIC			2h
12	SSVV + CCGG 6/1H			tarde
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:				
<p>Necessário eletrolito pende leva</p>				
<p>Dr. Jesus da Silva Aquino CABINETE 566</p>				

SINAIS VITAIS:	
6 H	
12 H	123/77 95 - 31,2°C
16 H	106/60 30,6 37°C
24 H	

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	17 Anos	nhoben	Fem	
DIAGNÓSTICO	Paro TIBh			
ALERGIAS				
IDADE	42	HAS	DM2	
ÍTEM	LEITO	204-3	DATA	12/02/2021
PREScriÇÃO				
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	PANTIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO DIARIO			
12	SNC + DCG 5/3H			
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),			
20	CONFORME ESCHEMA: 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:

Ponto evol  
Nº 460

~~Dr. Jose A. Lopez Aguirre~~  
LAM-RR 566

SINAIS VITAIS

VS	115	80	97	99	36.8
PA					
SH	115	160	76	34	36.8
H					

36.8 36.8

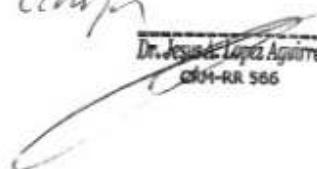
O paciente no leito, ajeitado  
com almofadas medicadas  
em repouso com manta de  
ferro e manta.

204-7  
204-9

204-3

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

**HGR** 

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	TAMARA ALTOPIA FRIZZI		
DIAGNÓSTICO	Fract. fib.	HAS	DM2
ALERGIAS		LEITO	DATA
IDADE	42		13/01/19
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	AVP	→ S/N	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H	→ Manter	
4	TENOXICAM 20MC EV DE 12/12H	→ P/5	
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H	→ Dosis. C/	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	→ Dosis. C/	
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 8/8H EV S/N	→ S/N	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	→ S/N	
11	CURATIVO DIARIO	→ S/N	
12	SS/V + CCGG 5/6h	→ Revisão → gráfica	
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
20	CONFORME E'SQUEMA: 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:			
<p>Pecan* extenu</p> <p>Alívio da dor</p> <p> Dr. Joaquim Lopes Aguiar CRM-RR 566</p>			
SINAIS VITAIS	PA	P	T
6 H			R
10 H	105x67	91	36.3C
18 H	100x60	60	36.0
24 H	100x64	97	36.0**
06 H	100x65	90	36.0**

**SUS** Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

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

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE *HCH*

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE *HCH*

4 - CNES

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

5 - NOME DO PACIENTE *Hanna Antonia Felix*

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  000 N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO  15 - UF  16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

*Pacient é vítima d  
briun covo d nrais echaes covo  
tean d nra (Goon hean)*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO *Cinismo*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) *Pr pene cova  
Neon d nra*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO *Elevatação e lypco cinismo*

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

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO *Elevatação e lypco cinismo*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO *VACONCA*

28 - DOCUMENTO  29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE *5115198261212451*

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE *Jean A Lopes Aguiar*

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *14/02/2021* 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) *PROJUDI 555*

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)**

33 - ACIDENTE DE TRABALHO  34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO  35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURODORA  37 - N° DO BILHETE  38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA  40 - CNAE DA EMPRESA  41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  43 - EMPREGADO  44 - EMPREGADOR  45 - AUTÔNOMO  46 - DESEMPREGADO  47 - APOSENTADO  48 - NÃO SEGURODADO

**AUTORIZAÇÃO**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR  48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR *0415040035*

45 - DOCUMENTO  46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

47 - DOCUMENTO  48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) *0415040035 202*

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 14/02/2021

OS: \_\_\_\_\_

Nome paciente: Fábio

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Necrose de nódulo de perna		
INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:	Excisión + Lípex enxer		
TIPO DE INTERVENÇÃO:	Excisión + Lípex enxer		
MALICIONES E ACIDENTES:	_____		
ESTADO PRÉ-OPERATÓRIO:	O nro		
ESTADO PÓ-OPERATÓRIO:	Dr. Jeferson	1º auxiliar	_____
INSTRUMENTADORA:	_____		
ANESTESIA:	Pran		
ANESTÉSICO:	_____		
HORÁRIO:	FIM:	DURAÇÃO:	_____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente magro
- Plera, entum
- Capa extesa
- Doloroso e escuro
- ↓ 45% Tm e fm en
- Retirada de tecido denso
- Uma d grana se cobrindo
- Cura + gel
- AT/da

Dr. Jeferson Lopes Aquino  
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Assinado Pelo(a) Ministro(a) das Relações Exteriores"

H11:0 Jujur 76h

### FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Maria Antonia de Souza 44 anos P1(E) Alergia: 0

5

46

Nº IV-RL

14/02/18

AGENTES		5												5											
LÍQUIDOS VENOSOS	N 20	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45						
	30	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45						
	40	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45						
	50	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45						
	60	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45						
	70	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45						
	80	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45						
	90	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45						
	100	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45						
	110	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45						
120	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
130	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
140	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
150	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
160	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
170	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
180	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
190	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
200	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
210	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
220	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
230	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
240	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
250	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
260	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
270	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
280	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
290	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
300	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
310	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
320	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
330	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
340	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
350	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
360	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
370	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
380	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
390	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
400	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
410	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
420	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
430	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
440	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
450	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
460	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
470	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
480	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
490	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
500	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
510	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
520	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
530	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
540	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
550	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
560	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
570	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
580	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
590	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
600	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
610	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
620	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
630	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
640	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
650	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
660	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
670	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
680	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
690	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
700	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
710	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
720	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
730	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
740	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
750	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
760	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
770	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45							
780	15	30	45	15	30</td																				



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE Maria Antonia da Silva, 1118		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA 14/11/18	
CIRURGIA					
TIPO Limp. Cirúrgica Tibia (E)		TEMPO DE DURAÇÃO			
		INICIO 16/11/18	FIM 17/11/18	TEMPO TOTAL	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO Dr. Jesus		ANESTESISTA: Rm. Fabian	RES. ANESTESIA: M. Peleio	INSTRUMENTADOR	
1º AUXILIAR		CIRCULANTE Scuro, Robson e Leandro			
2º / TILAR					
TIPO DE ANESTESIA: Ráqui					
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS 500 UNID.		10	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO 250ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	100		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			FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	1000
1	SERINGA 01ML	100		SURGICEL	
1	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML	1000	+	FITA CARDIACA 20ml di cloridrato	
(Consumida pelo Paciente)				OUTROS: 1000	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS		VALOR
	Lourival / Robson				SUB- TOTAL
FUNCIONARIO/CALCULO:	CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA		
	Robson Scuro, Leandro		TAXA DE ANESTESIA		
					SOMA
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO SRPA

NOME: Maria Antônia de Suckow

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 FELICIA		
DIAGNÓSTICO		Fratura tibial		
ALERGIAS				
IDADE	42	HAS LEITO	204-3	DM2
ITEM		PRESCRIÇÃO		DATA 15/11/18
1	DIETA ORAL LIVRE			HORÁRIO
2	AVP			SIVD
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			M/V
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			12/12 24/24
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			10/10 DB
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			11/10 24/24
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			SIV
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SIV
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			SIV
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SIV
11	CURATIVO DIARIO			SIV
12	SSVV + CCGG 6/6 H			12/12 noturna
13				
14				
15				
16				
17				
18				
19	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			
20				
EVOLUÇÃO MÉDICA:				
<p>Paciente evolui bem.</p> <p>Dr. Jesus A. Lopez Aguirre CRM-RR 565</p>				
SINAIS VITAIS		PA	FC	T
6 H				
12 H	100/60	88	36	
18 H	105/70	85	36	
24 H	100/60	59	36,8	16
06	100/58	55	36,6	



2043

OK

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE		Hanna M. P. F. 16/02/2021			
DIAGNÓSTICO		KNE. H.			
ALERGIAS					
IDADE	47	HAS LEITO	204-3	DM2 DATA	
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				5 N
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				12/02/2021
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				20/02/2021
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				20/02/2021
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12/02/2021
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5 N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12/02/2021
9	RANTIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				20/02/2021
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5 N
11	CURATIVO DIARIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				m
13					ROTINA
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:

Pecou cetoal  
Agravado congo

Dr. JESUS A. LOPES AGUIAR  
CRM-RR 568

SINAIS VITAIS	PA	P	R	T
6 H				
10:30 12 H	107/89	96		35.900
18 H	105/10	112	—	38.30
24 H	120/73	64	37	+

18:00hs pet no leito aceitando medicamentos  
e horários pet febre teto medicacão segue  
os cuidado da Enf. tec Valite

204-7

204-7

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

HGR

GOVERNO DE RORAIMA  
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO: 204-7  
DIH: DN  
PACIENTE: MARIA ANTÔNIA REIS  
DIAGNÓSTICO: ANGIO TIA  
ALERGIAS:  
IDADE: 72  
ITEM: PRESCRIÇÃO: HAS LEITO 204-7 DATA 18/01/19  
1. DIETA ORAL LIVRE: HORÁRIO: 9h  
2. AVP: 11h  
3. CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/6H: 17h  
4. TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H: 18h  
5. DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H: 19h  
6. TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA: 19h  
7. PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N): 20h  
8. CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG: 21h  
9. RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N: 22h  
10. CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG: 22h  
11. CURATIVO DIARIO: 23h  
12. SSVV + CCGG 6/6 H: 24h  
13. 25h  
14. 26h  
15. 27h  
16. 28h  
17. 29h  
18. 30h  
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:

Piorar evolução  
A piorado sempre

DR. FÁBIO LIMA  
Médico de Plantão

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	116 x 74	99	17	35,5 °C
18 H	100 x 66	92	16	35,8 °C
24 H	100 x 60	96	-	36,3 °C
66	90 x 60	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	RAINA ANTÔNIA FOLLE																												
DIAGNÓSTICO	FRACTURA TIBIAL																												
ALERGIAS																													
IDADE	42	HAS LEITO	204-3	DM2 DATA																									
ÍTEM	PREScrição																												
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO																											
2	AVP	D 5W																											
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H	D Manha																											
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H	D 18h																											
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H	D 20h																											
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	D 20h																											
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	D 5W																											
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	D 5W																											
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N	D 5W																											
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	D 5W																											
11	CURATIVO DIÁRIO	D 5W																											
12	SSVV + CCGG 6/6 H	D Rotina																											
13	tramadol 50 - 2g (D) d/c h 8h.	D gráfico																											
14		D 5W 15h00																											
15																													
16	PREScrição: Lúcio Médico																												
17	BRASIL																												
18																													
19																													
20	SE DIABETICO 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:																													
<p>Pecaminoso pend. 1mp</p> <p>20/02/2021 MTC o - indec</p> <p>Dr. Jesus A. Lopes Aquino CRM-RR 565</p> <p>PA PC Tc</p> <p>1 L</p>																													
<table border="1"><thead><tr><th>SINAIS VITAIS</th><th>PA</th><th>PC</th><th>Tc</th><th></th></tr></thead><tbody><tr><td>6 H</td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>12 H</td><td>120/80</td><td>54</td><td>36 C</td><td></td></tr><tr><td>18 H</td><td>126/74</td><td>102</td><td>36-40</td><td></td></tr><tr><td>24 H</td><td>130/82</td><td>100</td><td>35-9</td><td></td></tr></tbody></table>					SINAIS VITAIS	PA	PC	Tc		6 H					12 H	120/80	54	36 C		18 H	126/74	102	36-40		24 H	130/82	100	35-9	
SINAIS VITAIS	PA	PC	Tc																										
6 H																													
12 H	120/80	54	36 C																										
18 H	126/74	102	36-40																										
24 H	130/82	100	35-9																										
<p>1 PCT em LEITO, deambulação limitada e SSVV c.p.m. e segue das comidas 24 ent.</p> <p>Denissandra Braga COREN-RR 00105.031 TE</p>																													

FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO CENTRO CIRÚRICO

NOME: Wanda Andrade Felix de Moraes

DATA DE NASCIMENTO: 08 / 10 / 1974

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA: <u>24 / 10 / 2018</u>	VOLUME: <u>100 ml</u>				
Nº BOLSA: <u>011418101001013</u>	BOLSA: ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>	Visto pela Hemovigilância		
PACIENTE: ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>				
SINAIS VITais:					
INICIO: <u>13:45</u> h. T: <u>—</u>	PA: <u>100/50</u>	P: <u>114</u>	FR: <u>14</u>		
MEIO (15MIN): <u>14:00</u> h. T: <u>—</u>	PA: <u>90/50</u>	P: <u>101</u>	FR: <u>14</u>		
FIM: <u>14:16</u> h. T: <u>—</u>	PA: <u>90/40</u>	P: <u>100</u>	FR: <u>14</u>		
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u>Geórgia Lopes</u> COREN <u>Pinho</u>					
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: <u>Dra. Wanda</u> CRM: <u>Dra. Marisa</u> Anestesiologista CRM/RR: <u>308</u>					

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA: <u>24 / 10 / 2018</u>	VOLUME: <u>100 ml</u>				
Nº BOLSA: <u>011418101001013</u>	BOLSA: ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>	Visto pela Hemovigilância		
PACIENTE: ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>				
SINAIS VITais:					
INICIO: <u>14:26</u> h. T: <u>—</u>	PA: <u>100/40</u>	P: <u>102</u>	FR: <u>14</u>		
MEIO (15MIN): <u>14:40</u> h. T: <u>—</u>	PA: <u>110/60</u>	P: <u>100</u>	FR: <u>14</u>		
FIM: <u>14:50</u> h. T: <u>—</u>	PA: <u>100/40</u>	P: <u>100</u>	FR: <u>14</u>		
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u>Geórgia Lopes</u> COREN					
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: CRM:					

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA: <u>24 / 10 / 19</u>	VOLUME: <u>200 ml</u>				
Nº BOLSA: <u>0114181010010035</u>	BOLSA: ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>	Visto pela Hemovigilância		
PACIENTE: ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>				
SINAIS VITais:					
INICIO: <u>15:40</u> h. T: <u>—</u>	PA: <u>90/40</u>	P: <u>101</u>	FR: <u>12</u>		
MEIO (15MIN): <u>16:00</u> h. T: <u>—</u>	PA: <u>90/60</u>	P: <u>102</u>	FR: <u>13</u>		
FIM: <u>17:00</u> h. T: <u>—</u>	PA: <u>100/60</u>	P: <u>100</u>	FR: <u>14</u>		
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u>Bruna Rebeca</u> COREN					
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: <u>Dra. Moraes</u> CRM: <u>RCL 308</u>					

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA: <u>1/1/19</u>	VOLUME: <u></u>				
Nº BOLSA: <u></u>	BOLSA: ABO: <u></u>	FATOR Rh: <u></u>	Visto pela Hemovigilância		
PACIENTE: ABO: <u></u>	FATOR Rh: <u></u>				
SINAIS VITais:					
INICIO: <u></u> h. T: <u></u>	PA: <u></u>	P: <u></u>	FR: <u></u>		
MEIO (15MIN): <u></u> h. T: <u></u>	PA: <u></u>	P: <u></u>	FR: <u></u>		
FIM: <u></u> h. T: <u></u>	PA: <u></u>	P: <u></u>	FR: <u></u>		
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: COREN					
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: CRM:					

OBS: ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA





GOVERNO DO AMÉRICO  
AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIAL  
FACULTADAS DE SAÚDE DA SAÚDE

*hannan antônio ferreira*

*recebido*

*ao finalizar*  
*IS*

*U. Fórum esportivo  
permeado*

*R. Malacuti.  
Montanha  
Tornade*

*DATA*

*18/2/20*

*Dr. JESUS LOPES AGUIRRE  
CEP: 69.956*

*Assinatura e Carimbo*

*UNIÃO ESPECIALIZADA CERQUELA MOTA  
Faz. Centro: Anhanguera - Centro-Brasília  
CEP: 70.110-000 - DF - Brasil*



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A Vontade Faz Acontecer"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: Maria Antonia Felix De Souza  
Solicitação: 10043551 Número Interno:  
Origem: HGR  
Data de Emissão: 24/10/2018 08:37

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1974

Idade: 44 ANO

Solicitante:

Setor: PAAR

Leito: NÃO INFORMADO

Recebimento:

Amostra: 1004355103

### Resultado de Exame

#### HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

##### LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	<b>19.28 x10<sup>3</sup>/uL</b>	4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /uL
NEUTRÓFILOS	<b>71.60 %</b>	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	<b>19.70 %</b>	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	<b>4.50 %</b>	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	<b>4.00 %</b>	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	<b>0.20 %</b>	0.0 - 1.0 %

##### ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	<b>3.85 x10<sup>6</sup>/uL</b>	3.9 - 5.03 x10 <sup>6</sup> /uL
HEMOGLOBINA	<b>10.90 g/dL</b>	12.0 - 16.0 g/dL
HEMATÓCRITO	<b>34.40 %</b>	35.0 - 45.0 %
VCM	<b>89.30 ug/L</b>	77.0 - 101.0 ug/L
HCM	<b>28.30 pg</b>	27.0 - 34.0 pg
CHCM	<b>31.70 g/dL</b>	28.0 - 33.0 g/dL
RDW CV	<b>12.30 %</b>	11.0 - 16.0 %
RDW SD	<b>46.50 fL</b>	35.0 - 56.0 fL

##### PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	<b>236.00 x10<sup>3</sup>/uL</b>	150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /uL
VPM	<b>9.60 fL</b>	6.5 - 12.0 fL
ADP	<b>16.00</b>	9.0 - 17.0
PCT	<b>0.226 %</b>	1.08 - 2.82 %

Sumaika 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. Boa Vista, 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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A Vontade Faz Acontecer"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: Maria Antonia Felix De Souza  
Solicitação: 10043551 Número Interno:  
Origem: HGR  
Data de Emissão: 24/10/2018 08:37

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1974

Idade: 44 ANO

Solicitante:

Setor: PAAR

Leito: NÃO INFORMADO

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

1º 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;

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

3º 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

Resultado

3.70 mmol/L

Referência

3.5 - 5.1 mmol/L

SÓDIO

Resultado

141.00 mmol/L

Referência

135.0 - 145.0 mmol/L

CLORO

Resultado

106.00 mmol/L

Referência

98.0 - 107.0 mmol/L

Thaylor 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. Buzadinho Eduardo Gomes, 3388 - Aeroporto  
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2121 - 0640  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br

24/10/2018 14:52

(\*) Redigido:

Página: 4 de 4



GOVERNO DE  
RORAIMA  
A VONTADE FAZ ACONTECER



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A Vontade Faz Acontecer"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: Maria Antonia Felix De Souza  
Solicitação: 10043551 Número Interno:  
Origem: HGR  
Data de Emissão: 24/10/2018 08:37

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1974

Idade: 44 ANO

Solicitante:

Setor: PAAR

Leito: NÃO INFORMADO

Recebimento:

Amostra: 1004355102

Resultado de Exame

**COAGULOGRAMA COMPLETO**

Material: PLASMA

Metodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

Referência

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. Boa Vista 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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A Vontade Faz Acontecer"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: Maria Antonia Felix De Souza  
Solicitação: 10043551 Número Interno:  
Origem: HGR  
Data de Emissão: 24/10/2018 08:37

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1974

Idade: 44 ANO

Solicitante:

Setor: PAAR

Leito: NÃO INFORMADO

Recebimento:

Amostra: 1004355101

Resultado de Exame

**DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÕES**

Material: SORO

Métodologia: M03 - Colorimétrico (diao)

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

1º 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;

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

3º 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

Reparação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Reinaldo Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
9.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
(95) 2121 - 0640  
lab@yahoo.com.br

24/10/2018 14:52

(\*) Retificado

Página 3 de 4



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

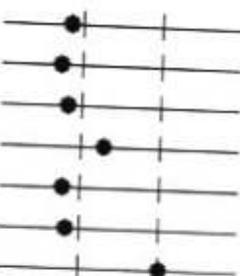
#### SÉRIE VERMELHA

Hemácias.....	3,58 milh./mm <sup>3</sup>
Hemoglobina.....	9,3 g/dL
ematocrito.....	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 <sup>3</sup>	%	/mm <sup>3</sup>
Leucócitos.....		15.350		
Blastos.....	0	0	0	4.600 a 10.200
Pró-mielócitos.....	0	0	0	0
Mielócitos.....	0	0	0	0
Metamielócitos.....	0	0	0	0
Bastonetes.....	0	0	0	0
Segmentados.....	90	13.815	1 a 5	150 a 600
Asinófilos.....	0	0	30 a 60	1.380 a 6.120
Basófilos.....	0	0	0 a 7	0 a 714
ócitos.....	7	1.075	0 a 2	0 a 204
Linfócitos Atípicos.....	0	0	25 a 45	1.150 a 4.590
Monócitos.....	3	461	0 a 12	0 a 1.224
Plaquetas.....	251.000	mm <sup>3</sup>		140 a 400.000 /mm <sup>3</sup>
V.P.M.....	8,5			7,0 a 10,0

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

Indira Ohsana Ferreira Souza  
CRF/RR 733



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

			Valores Referenciais	Método: Automatizado
Hemácias	3,34 milh./mm <sup>3</sup>		4,04 a 6,5	
moglobina	8,9 g/dL		12,2 a 18,1	
ematocrito	28,0 %		35,5 a 53,7	
V.C.M.	83,8 fL		80,0 a 97,0	
H.C.M.	26,6 pg		27,0 a 31,2	
C.H.C.M.	31,8 g/dL		31,8 a 35,4	
R.D.W.	16,5 %		12,0 a 15,0	

#### SÉRIE BRANCA

	%	/mm <sup>3</sup>	%	/mm <sup>3</sup>	
Leucócitos		14.720			
Blastos	0	0	0	4.600 a 10.200	
Pró-mielócitos	0	0	0	0	
Mielócitos	0	0	0	0	
Metamielócitos	0	0	0	0	
Bastonetes	0	0	0	0	
Segmentados	87	12.806	1 a 5	150 a 600	
Eosinófilos	0	0	30 a 60	1.380 a 6.120	
Neutrófilos	0	0	0 a 7	0 a 714	
Monócitos	6	883	0 a 2	0 a 204	
Linfócitos Atípicos	0	0	25 a 45	1.150 a 4.590	
Monócitos	7	1.030	0	0	
Plaquetas	223.000	mm <sup>3</sup>	0 a 12	0 a 1.224	
V.P.M.	9,2			140 a 400.000 /mm <sup>3</sup>	

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

Indira Ohsana Ferreira Souza  
CRF/RR 733



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

CNPJ: 04.788.312/0001-85  
CNES: 4633668

Nome: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA  
Médico: NÃO INFORMADO

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

**EXAME .....: HEMOGRAMA**

METODO .....: Automatizado  
AMOSTRA .....: Sangue total (EDTA)

**Eritrograma:**

Hemácias .....: 3.99 mm<sup>3</sup>  
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 Referencia:**

MULHER:	HOMEM:
4,0 a 5,2 x 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	4,5 a 5,9 x 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>
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 / mm<sup>3</sup> 3,5 a 10 x 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>

Diferencial	.....%	.....mm <sup>3</sup> .....	.....mm <sup>3</sup> ...
Neut. Metamielocitos:	%		0 a 0
Neut. Bastonetes:	0,0 %	0	Ate 840
Neut. Segmentados:	45,9 %	2.580	1.700 a 8.000
Eosinofilos:	2,2 %	124	50 a 500
Basofilos:	0,5 %	28	Ate 100
Linfocitos:	44,0 %	2.470	900 a 2.900
Monocitos:	7,4 %	416	300 a 900
Blastos:	0,0 %	0	0 a 0

Plaquetas .....: 363.000 mm<sup>3</sup>

RDW: Fator de variação dos diâmetros dos eritrocitos.

Anemia normocromática normocítica

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

  
GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
Centro de Cardiologia e Diagnóstico por Imagem de Roraima - CCDI/RR  
Hemodinâmica

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

EXAME N.º: 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 aorta-ilíaca de aspecto anatômico.

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

Tronco tibio-fibular, artéria tibial posterior e arco plantar do pé pérviros, 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 fibula e metáfise distal da tibia. Fratura comitativa com fragmento em asa de borboleta no terço proximal da diáfise da tibia.

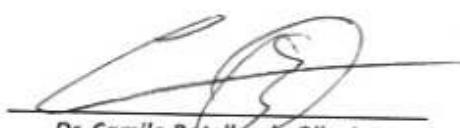
Presença de fixador externo na tibia.



Dr. Marcelo Botelho de Oliveira

Radiologista

CRM 682 /RR



Dr. Camilo Botelho de Oliveira

Radiologista

CRM 1355/RR



AVENIDA BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, N.º 3510  
CAMPUS DO PARICARANA - CEP 69304-350  
Tel: (0xx95) 3623-2431, (0xx95) 3623-2464  
Email: ccdi.roraima@gmail.com



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
CORONEL FERREIRA DE SÁ - DEPARTAMENTO DE URGENCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL CORONEL MOTA

FICHA DE INTERCONSULTA

PACIENTE Marie Antônio Felix de Souza PRONTUÁRIO 219094-08  
IDADE 44 SEXO M TELEFONE 99116-2845  
99163-8288

RESUMO HISTÓRICO CLÍNICO:

Pte vítima de acidente q. morreu em 24/10/18 (sic) infarto agudo das artérias de MIE, exposte, com perda de tônus circulatório, em desidratação profunda. Encontra-se no formulário de tratamento de feixes (vi hofe) e poderá continuar aí gramada, porem tem área de exerto de músculos (sic) e, por isso, já deve ser avaliado pela Cirurgia Plástica para sua recuperação MIE.

HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Perda de substância circulatória CID:

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

RESUMO HISTÓRICO: Martins Mys

CRM: 638

Rudene Giffoni

*Martins Mys*  
ASSISTENTE  
Cirurgia Plástica  
CRM: 638

DATA: 28/11/18

REGISTRAÇÃO

DATA MÉDICO:

DATA DO DIA:

ALTA AMBULATÓRIA

NOME DO PACIENTE:

IDADE: 44 SEXO: M  F

DIAGNÓSTICO:

ORIENTAÇÃO PARA CONSULTA MÉDICA:



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

LOTTY IRIS

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:

(  ) 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;
- Orteses, próteses e materiais ortonédicos 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

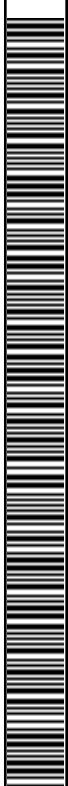
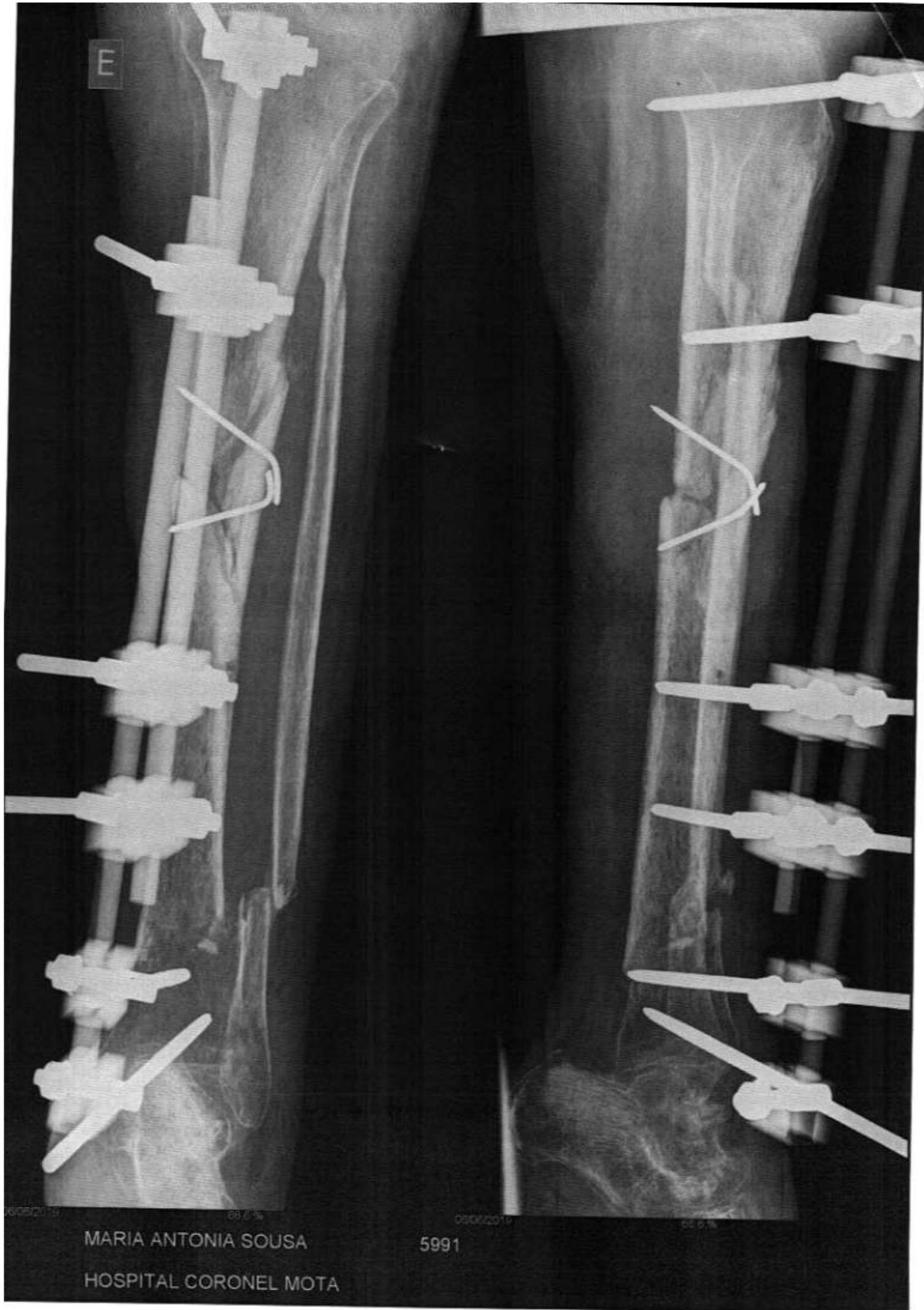
O valor da estimativa tem que ser deixado no financeiro com 48hrs que antecede a internação para o referido procedimento. O montante pode ser em espécie, transferência bancária cartão de crédito em até 6x, cartão de débito e ao final da internação ser apurado o valor real.

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 Iris.

Validade do orçamento - 30 dias.





08/02/2021

08/02/2019

MARIA ANTONIA SOUSA

5991

HOSPITAL CORONEL MOTA



MARIA ANTONIA FELIX

3806

HOSPITAL CORONEL MOTA

12/05/2020

Vilson

617 %





MARIA ANTONIA FELIX DE SOUZA 1186

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vision





MARIA ANTONIA FELIX

12422

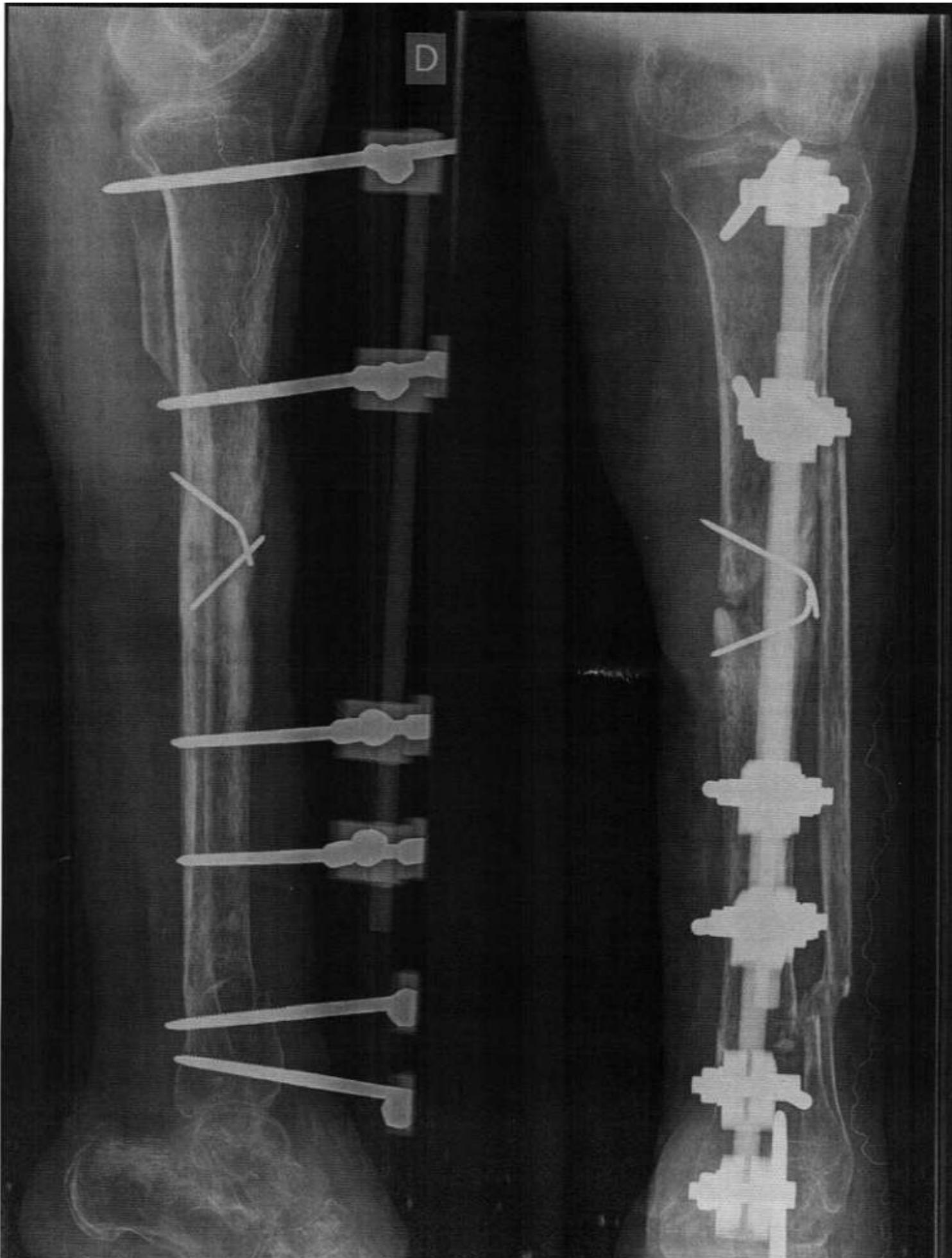
HOSPITAL CORONEL MOTA

29/10/2019

Vilson

61.7%





MARIA ANTÔNIA 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**

C. E. CORONEL MOTA - CECM  
RUA: CORONEL PINTO - 636 - BAIRRO: CENTRO  
CEP: 69301150 - BOA VISTA - RR  
FONE: 2121-7484



MARIA ANTONIA FELIX

4938

HOSPITAL CORONEL MOTA

31/07/2020

Wilson

571





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

NAME:

*Flávia Ferreira Sáez*

REGISTRAÇÃO

*Loco  
Pacientes com glauco de  
ex esposo Três (3) ha  
22 meses com perda de  
Visão  
Considerado deficiente visual*

11/08/2020  
DATA

*Carlos Henrique La Rosa  
CRM-RR 463*

Assinatura e Cartimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista RR  
CEP: 69.301-150 - CNPJ 84.013.408/0001-96  
Telefone 2121 7474



MARIA ANTONIA FELIX

4938

HOSPITAL CORONEL MOTA

31/07/2020

Vilson

66.6 %





MARIA A FELIX

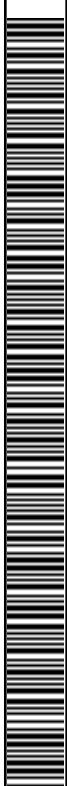
1750

HOSPITAL CORONEL MOTA

20/02/2019

Cloudaldo

57.2%



572%

Francineide

18/12/2018

HOSPITAL CORONEL MOTA

14720

MARIA ANTONIA FELIX







□

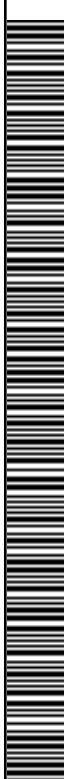
X

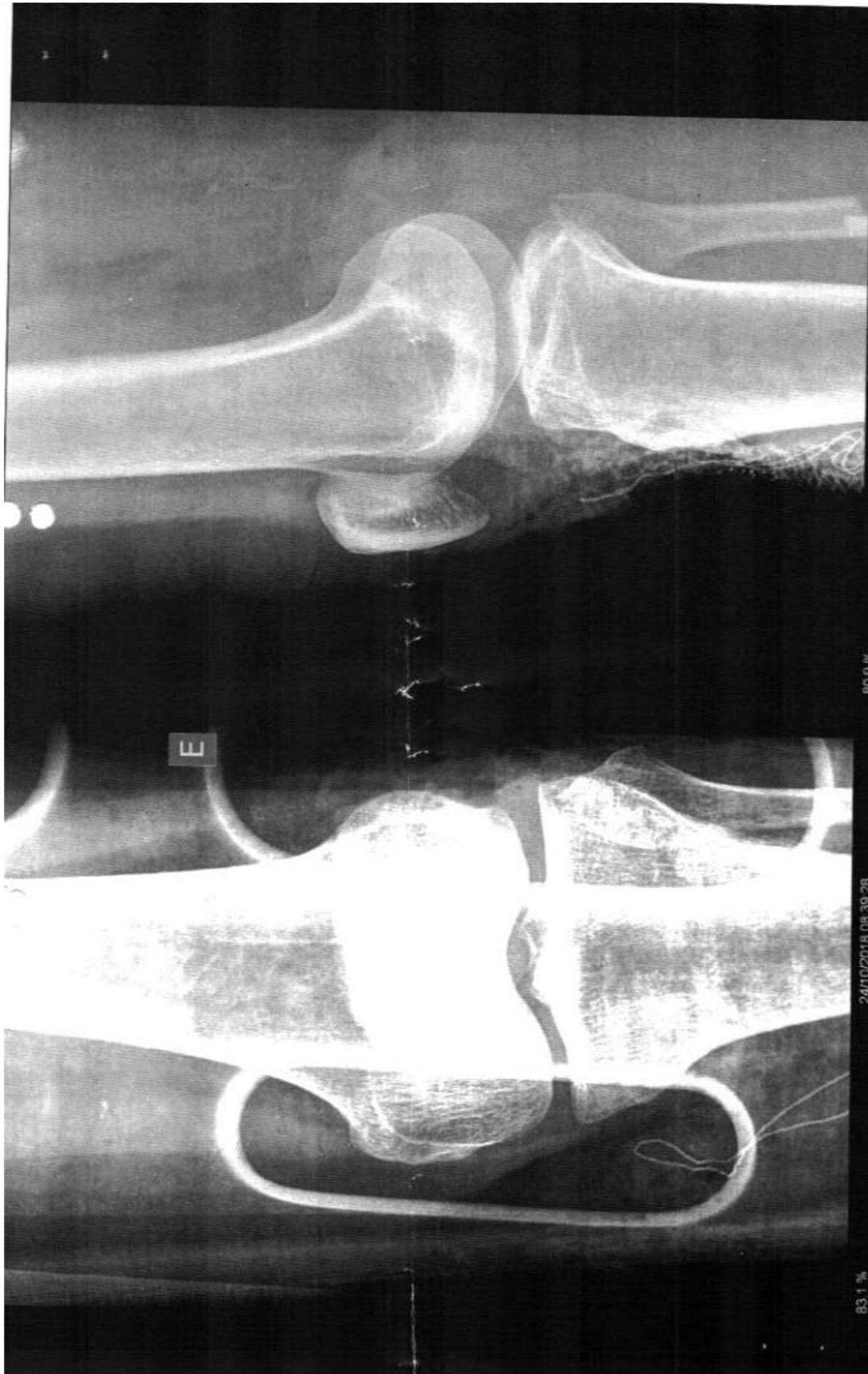
MARIA ANTONIA FELIX

24/10/2018 08:39:28

85,3 %

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA





24/10/2018 08:39:28

80.9 %

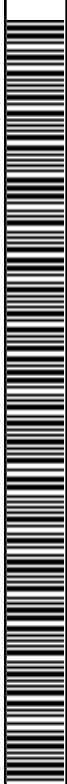
24/10/2018 08:39:28

83.1 %

, MARIA ANTONIA FELIX

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLQH P8GVN 76YBW A369D





MARIA ANTONIA FELIX

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA







## 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 - OSTEOSÍNTESE 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:**

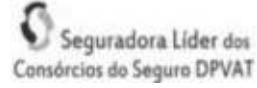
**Observações:**

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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

## 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

### 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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

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

**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](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

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

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

#### Portador da documentação apresentada

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

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

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

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



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

---

Rio de Janeiro, 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

Carta nº 16063061





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

**Rio de Janeiro, 06 de 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, retorno ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## 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 F. 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: 6 - CPF: 9 - Número: 10 - Complemento:

7 - Profissão: 8 - Endereço: 13 - Estado: 14 - CEP:

11 - Bairro: 12 - Cidade: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD): 17 - Nome completo do Representante Legal:

18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 4263 CONTA: 31-714 AGÊNCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se excluir) (Informar o dígito se excluir) (Informar o dígito se excluir) (Informar o dígito se excluir)

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 sumamente, 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 não 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 invalides permanente, com base na documentação médica da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo.

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 nascer?  Sim  Não 31 - Vítima teve irmãos?  Sim  Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:  Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devidamente, 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)

40 - Local e Data, 38 - 1º | Nome: \_\_\_\_\_  
41 - Assinatura da testemunha

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) 39 - 2º | Nome: \_\_\_\_\_  
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

FPS.001 V002/2019



TESTEMUNHAS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO



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: Caranã

Logradouro: Av. Carlos Pereira de Melo

Complemento: esquina com Rua SDPM Djnago da Silva

Tipo do Local: Via Pública

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

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 (VITIMA )

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Feminino
Profissão: Do Lar	
Estado Civil: Casado(a)	

Documento(s)

RG: 166221

Endereço

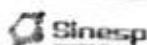
Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Av. Rui Baraúna

Bairro: união

Nome Civil: JOSÉ BARROSO DE SOUSA (VITIMA )

Nacionalidade: Brasileira	Sexo: Masculino	
Estado Civil: Casado(a)		Idade: 52



Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA 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

Nº: 16

Bairro: União

Nome Civil: OTAVIO MIGUEL SANTOS DE FARIAS (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Documento(s)

RG: 459323

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Austria

Nº: 375

Bairro: Cauamé

Razão Social: ROP/PM Nº 809802 SÉRIE I (VITIMA , 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 abalroamento 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 N° 002035 e auto de infração A157 N°012317. 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

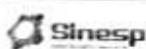
Nº: 00041889/2018-A02

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães  
Agente de Polícia  
Matrícula 042000925  
Responsável pelo Atendimento

Maria Antonia Felix de Sousa  
Vítima

"Declaram para os devidos fins de direito que sou (s) (a) responsável pelas informações acima inseridas e (ente que poderá responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia 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:

629.003.902-49

4 - Nome completo da vítima:

Maria Antonia F. 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:

Maria Antonia F. Sousa

7 - Profissão:

8 - Endereço:

Rua Elida Sibral Guedes

12 - Cidade:

Bca Vista

11 - Bairro:

15 - E-mail:

6 - CPF:

629.003.902-49

9 - Número:

16

10 - Complemento:

13 - Estado:

RA

14 - CEP:

69.313-770

16 - Tel.(DDD):

95-994437967

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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Bradesco (237)

Itaú (341)

Banco do Brasil (001)

Caixa Econômica Federal (104)

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

AGÊNCIA: 4263

3

CONTA: 31-714

4

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

(Informar o dígito se excluir)

5

6

7

8

9

10

11

12

13

14

15

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

41

42

43

44

45

46

47

48

49

50

51

52

53

54

55

56

57

58

59

60

61

62

63

64

65

66

67

68

69

70

71

72

73

74

75

76

77

78

79

80

81

82

83

84

85

86

87

88

89

90

91

92

93

94

95

96

97

98

99

100

101

102

103

104

105

106

107

108

109

110

111

112

113

114

115

116

117

118

119

120

121

122

123

124

125

126

127

128

129

130

131

132

133

134

135

136

137

138

139

140

141

142

143

144

145

146

147

148

149

150

151

152

153

154

155

156

157

158

159

160

161

162

163

164

165

166

167

168

169

170

171

172

173

174

175

176

177

178

179

180

181

182

183

184

185

186

187

188

189

190

191

192

193

194

195

196

197

198

199

200

201

202

203

204

205

206

207

208

209

210

211

212

213

214

215

216

217

218

219

220

221

222

223

224

225

226

227

228

229

230

231

232

233

234

&lt;

## 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

