



PROCURAÇÃO “AD JUDICIA”

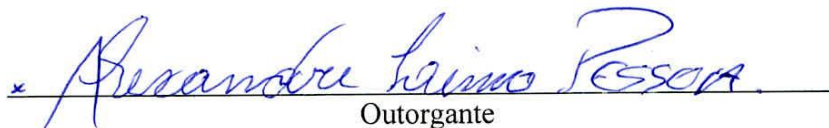
OUTORGANTE: ALEXANDRE LIMA PESSOA, brasileiro, SOLTEIRO, PEDREIRO, portador da cédula de identidade nº 197841, SSP/RR, devidamente inscrita no CPF/MF sob o nº 820.954.692-91, residente e domiciliado na TV DOS MACUXIS, nº1217, Bairro DR SÍLVIO LEITE, nesta Capital, CEP 69.314-294, e-mail: alexandre_lp03@hotmail.com.

OUTORGADO: MARCO ANTONIO SALVIATO FERNANDES NEVES, brasileiro, casado, advogado, regularmente inscrito na OAB/RR sob o nº. **205-B**, e **MARCO NEVES ADVOGADOS ASSOCIADOS**, sociedade de advogados regularmente inscrita na OAB/RR sob o nº. 81, devidamente inscrita no CNPJ sob o nº 25.286.636/0001-72, ambos com endereço profissional na Rua Rocilda Moura, nº. 415, bairro Paraviana, cidade de Boa Vista/RR, CEP 69.307-290, e-mail: marconevesadvogados@gmail.com.

PODERES PARA O FORO EM GERAL: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes da cláusula *ad judicia*, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais, em qualquer Instância ou Tribunal, assinar termo, substabelecer com ou sem reserva de poderes, e praticar ainda, todos e quaisquer atos necessários e convenientes ao bom e fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração ainda outorga ao advogado acima descrito e sua respectiva sociedade, os poderes para receber intimação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir sobre atos processuais na forma do art.190 do CPC, propor **AÇÃO DE RESPONSABILIDADE CIVIL OBJETIVA**, em desfavor da **SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT**, receber alvará e levantar importância em nome do Outorgante em qualquer agência Bancaria referente a presente proposta, desistir, renunciar ao direito sobre o qual se funda a ação, receber, dar quitação, firmar compromisso, fazer acordos, pedir a gratuidade judiciária e assinar declaração de hipossuficiência econômica, inclusive indicar endereço eletrônico (em conformidade com o art. 105 do NCPC15).. Os poderes específicos acima outorgados poderão ser substabelecidos.

Boa Vista/RR, 15 de JANEIRO de 2019.


Outorgante

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

NOME: ALEXANDRE LIMA PESSOA

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

RG nº. 197841 SSP-RR **PROFISSÃO:** PEDREIRO

CPF/MF nº. 820.954.692-91

ENDEREÇO: TV DOS MACUXIS, N°. 1217, BAIRRO: DR SILVIO LEITE,
BOA VISTA-RR.

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 15 de JANEIRO de 2019.


DECLARANTE



Proevo DPVAT | Processo x Criar conta x Seguradora Lider-DPVAT Acorr x +

https://www.seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx?cpfConsultaPedido=65

SINISTRO 3180536552 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ALEXANDRE LIMA PESSOA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO COELHO NETO - CONSULTORIA, ASSESSORIA E CORRETAGEM DE SEGUROS S/S LTDA. - ME FILIAL/RR
BENEFICIÁRIO ALEXANDRE LIMA PESSOA \\\n**CPF/CNPJ:** 82095469291

Posição em 15-01-2019 15:46:34
Seu pedido de indenização foi avaliado por nossa equipe técnica e identificamos pendências na documentação apresentada que impedem a conclusão de seu processo. Por favor, regularize os documentos listados abaixo e entregue-os, o quanto antes, no mesmo local onde você deu entrada para comprovar o seu direito à indenização do Seguro DPVAT.

Descrição	Tipo	Status	Nome
→ Declaração do Proprietário do Veículo	Vítima	Não Conforme	

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
28/12/2018	Exigência Documental	

PAGUE SEGURO
Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO
Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

PT 15:46 15/01/2019

TRABALHADOR		MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO				
<p>Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do tempo de Serviço - FGTS.</p> <p>O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.</p> <p>Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.</p> <p>CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR</p> <p>VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR</p>		<p>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</p> <p>PIS/PASEP 126.12703.66-9</p> <table border="1"><tr><td>NÚMERO 9349481</td><td>SÉRIE 0030</td><td>UF RR</td></tr></table> <p><i>Alexandre Lima Pessoa</i> ASSINATURA DO TITULAR</p> <div></div>		NÚMERO 9349481	SÉRIE 0030	UF RR
NÚMERO 9349481	SÉRIE 0030	UF RR				

ALEXANDRE LIMA PESSOA		QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO
FILIAÇÃO.....	JOSE LEAL PESSOA ARTENIZIA LIMA PESSOA	
NASCIMENTO.....	03/09/1980	SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL.....	SOLTEIRO	
NATURALIDADE:	BOA VISTA - RR	
DOCUMENTO.....	R.G. 197841 SESP RR 21/07/2008	
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996		
CPF.....	820.954.692-91	CNH.....
TIT. ELEITOR:	002718252615	SEÇÃO: 0245 ZONA: 05
LOCAL/DATA DE EMISSÃO:	SRTE/RR - 24/08/2012	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	09.710.712/0001-50
CGC/CNPJ	09.710.712/0001-50
ENDEREÇO	
MUNICÍPIO	CEP: 69.312-000
ESP. DO ESTAB.	RR
CARGO	Pedreiro VISTA/RR
CBO N°	7552-10
DATA DE ADMISSÃO	17 DE SETEMBRO DE 2014
REGISTRO N°	20
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 1.502,00
1ª	Construtora Cosme Ltda - EPP
2ª	Julio Cezar de Sena Barbosa
3ª	Sócio-Administrador
DATA DE SAÍDA	21 DE 2014
1ª	Construtora Cosme Ltda - EPP
2ª	Julio Cezar de Sena Barbosa
3ª	Sócio-Administrador
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTRA	
08	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	09.027.989/0001-00
CGC/CNPJ	09.027.989/0001-00
ENDEREÇO	MANHATTAN - CONSTRUÇÕES E SERVIÇOS LTDA
MUNICÍPIO	Rua da Jaqueira, 489 - Caçari II
ESP. DO ESTAB.	CEP: 69.307-410
CARGO	Pedreiro VISTA/RR
CBO N°	RR
DATA DE ADMISSÃO	01 DE ABRIL DE 2016
REGISTRO N°	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 1.502,00
1ª	MANHATTAN Construções e Serviços Ltda
2ª	Elizimar de Aquino Mendonça
3ª	Sócio-Administrador
DATA DE SAÍDA	2016
1ª	MANHATTAN Construções e Serviços Ltda
2ª	Elizimar de Aquino Mendonça
3ª	Sócio-Administrador
COM. DISPENSA CD N°	
FGTS N° DA CONTRA	
09	



**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP **126.12703.66-9**

NÚMERO **9349481** SÉRIE **0030** UF **RR**

Alexandre Lima Pessoa
ASSINATURA DO TITULAR

POLGAR DIREITO

CASA DA MOEDA DO BRASIL

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

ALEXANDRE LIMA PESSOA

FILIAÇÃO.....: JOSÉ LEAL PESSOA
ARTENIZIA LIMA PESSOA SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO.....: 03/09/1980

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: R.G. 197841 SESP RR 21/07/2008

LEI Nº 9.049, DE 16 DE MAIO DE 1986

CPF.....: 820.954.692-91 CNH.....:

TTT: ELEITOR: 002718252615 SEÇÃO: 0245 ZONA: 05

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 24/08/2012

Alexandre Lima Pessoa
ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO.....: PARA.....

DATA DE EMISSÃO DO DOCUMENTO.....

NOME.....

ESTADO CIVIL.....

NATURALIDADE.....

DOCUMENTO.....

CPF.....

LEI Nº 9.049, DE 16 DE MAIO DE 1986

CPF.....

TTT: ELEITOR: 002718252615 SEÇÃO: 0245 ZONA: 05

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 24/08/2012

Alexandre Lima Pessoa
ASSINATURA DO EMISSOR

03

12 NOV. 2018

Via de Pagamento para o mes/ano: 10/2018 referente a UC: 1366742

<http://www.eletrorasroraima.com/segundavia/fatura.php>



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 1631282

ALFREDO LEAL PESSOA NETO

TV DOS MACUXIS, 1217, 1

DR. SILVIO LEITE

69314294 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 1366742	MÊS 10/2018	PERÍODO DE CONSUMO 10-SEP-18 a 10-OCT-18
CONSUMO (kWh) 0	VENCIMENTO 01-NOV-18	TOTAL A PAGAR R\$ 289,18

OBSERVAÇÕES

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

autenticação mecânica

recorte aqui



ELETROBRAS DISTRIBUIÇÃO RORAIMA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 1366742	MÊS 10/2018	TOTAL A PAGAR R\$ 289,18
--------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836300000020.891800750004.000000001362.674210180057



12 NOV. 2018

**POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE Ocorrência**



BOLETIM DE Ocorrência Nº 487/2018/DAT - Boa Vista-RR, em 03/09/2018

COMUNICANTE: ALEXANDRE LIMA PESSOA

RG: 197841 - SSP-RR CPF- 820.954.692-91

ENDEREÇO: TRAV. DOS MACUXIS - Nº 1217

BAIRRO: DR. SILVIO LEITE UF: RR

SEXO: MASCULINO - PROFISSÃO: PEDREIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 03.09.1980 - IDADE: 38 ANOS - GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS. FUND.INCOMP.

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO - TELEFONE: - Nº 99111-5461 - REG. -RR - CNH:

NOME DO PAI - JOSE LEAL PESSOA

NOME DA MÃE: ARTENIZIA LIMA PESSOA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 22:00 MIN. do dia 11/08/2018 NA AV. DOS TRABALHADORES - BAIRRO - PÉROLA

O comunicante acima qualificado, que não é habilitado, compareceu a esta especializada para informar que na data, hora e endereço acima descrito, dirigia na mencionada avenida, que se trata de via principal, sentido bairro/centro, uma motocicleta YAMAHA/YBR 125E, PLACA NAT 5983, RENAVAN 00912232935, CHASSI 9C6KE091070032346, de propriedade de MARIA DO SOCORRO DO NASCIMENTO COELHO, CPF 523.436.002-44, conduzindo na garupa sua companheira ADRIANA DOS SANTOS MACEDO, quando um carro não identificado que trafegava no mesmo sentido do veículo do comunicante, fez uma conversão ultrapassagem muito próxima do comunicante vindo o mesmo a se assustar, perdendo o controle do referido para a direita fechando o comunicante sem sinalizar, vindo o mesmo a colidir na lateral esquerda do referido veículo, vindo o mesmo a cair. Informa ainda que em decorrência da queda sofreu lesões corporais sendo mais atingido o pé direito, enquanto sua companheira sofreu um corte no joelho direito. Informa que foi conduzido por terceiros à POLICLÍNICA COSME E SILVA para atendimento médico e em seguida foi encaminhado para o HGR pelo RESGATE para melhores atendimentos. Segundo o comunicante, este registro é somente para efeito de SEGURO DPVAT. É o relato.

NATUREZA DA Ocorrência: Acidente de transito com vítima

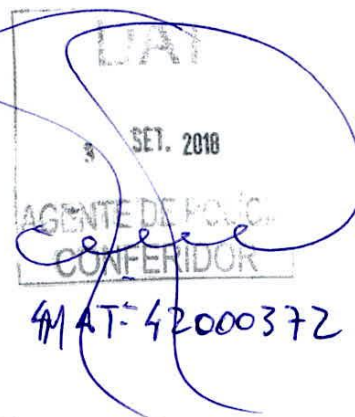
OBSERVAÇÃO: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS.

Alexandre Lima Pessoa
ALEXANDRE LIMA PESSOA

Comunicante

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o (a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denúnciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

[Assinatura]
Agente CARC. DE POLÍCIA CIVIL
Mat. 042000372



12 NOV. 2018

11/08/2018

...: Guia de Atendimento 02 ...:

LARANJA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
POLICLINICA COSME E SILVA
RUA DELMAN VERAS, S/N , PINTOLANDIA



1800416052		11/08/2018 22:24:59		FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		NOTURNO 19-14	
Paciente				Data Nascimento		Idade		CNS	
ALEXANDRE LIMA PESSOA				03/09/1980		37 A 11 M 8 D		82095469291 00064603	
Tipo Doc		Documento		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
IDENTIDADE		197841		SSP/RR		M		NAO INFORMADO	
Mãe				Estado Civil		Raça/Cor		Naturalidade	
ARTENIZIA LIMA PESSOA				NI		PARDA		BRASILEIRA	
Endereço				Contato		(95) 99139-2378		Ocupação	
- JOSE MARIA CARNEIRO - 245 - PEROLA - BOA VISTA - RR								NÃO INFORMADA	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
LARANJA		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
SPA - PRONTO ATENDIM		URGÊNCIA						Peso	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.				Pressão	
RECEPÇÃO SPA / URG / E		DEMANDA ESPONTANEA						120 x 60	
Registado por:				NADIA.LEVEL					
Queixa Principal				<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					
RELATA ACIDENTE AUTOMOBILÍSTICO MOTO COM CARRO, COM DORES NO MMII									
Anamnese de Enfermagem						GSC			
						AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6			
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 21:50 h)									
Acidente automobilístico com 3 pessoas.									
Exame Físico									
Edema em pé (D)									
Hipótese Diagnóstica									
Fratura									
SADT - Exames Complementares									
<input type="checkbox"/> RAIO-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS:									
PRESCRIÇÃO						APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
1) Breviar 10 dias									
2) Analgesia 10 dias									
3) Prescrição p/ HON									
						CONFERE COM ORIGINAL			
						Em 24/08/18			
						Ass:		Iris Rocha do Carmo	
								Administradora de Saúde	
								Mat.	
Conduta									
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica					<input type="checkbox"/> Ambulatório				
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido					<input type="checkbox"/> Observação (Até 24h)				
<input type="checkbox"/> Alta a Revelia					<input type="checkbox"/> Internação				
<input type="checkbox"/> Transferência para:					Data e Hora da Saída/Alta:				
Hon									
óbito									
Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica									
Dr. Jairo Vieira de Lima									
Administrador de Saúde - CRM-RR 1231									
11 AGO. 2018									
Assinatura do Paciente ou Responsável					Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: eberson.silva									
Data Hora: 11/08/2018 22:37:09									
1800416052									

11/08/2018

Raquel L. Salazar

Téc. Enfermagem
COREN-RR 001.058.491-TE

... Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



1800994173	11/08/2018 23:40:46	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	NOTURNO 19-	33
Paciente	ALEXANDRE LIMA PESSOA	Data Nascimento	03/09/1980	Idade	37 A 11 M 8 D	CNS
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	SSP/RR	Sexo	M	Estado Civil
IDENTIDADE	197841	Data Emissão		Raça/Cor	PARDA	Naturalidade
Mãe	ARTENIZIA LIMA PESSOA	Informado	NI	Contato	(95) 99139-2378	CPF 07
Endereço	TRAVESSA - DOS MACUXIS - 217 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR					Prontuário
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	Ocupação
Motivo do Atendimento	ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	URGÊNCIA	Procedência	PCS - PRONTO AT	Peso
Setor	GRANDE TRAUMA	Procedimento Sol.		Temp.		Pressão
Queixa Principal	[] Síndrome Febril [] Sintomático Respiratório [] Suspeita de Dengue					Registrado por: SOUSA

Anamnese de Enfermagem

GSC TOTAL
AO: 12 34 RV: 12 34 5 MRV: 12 34 56

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

[] RAIO-X [] ULTRA-SON [] TC [] SANGUE [] URINA [] ECG [] OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

- [] Alta por Decisão Médica
[] Alta a Pedido
[] Alta a Revelia
[] Transferência para:

Gilcéia Parente Ambulatório
Psicóloga [] Observação (Até 24h)
CRP 20.04890 [] Internação
Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? [] Sim [] Não Destino: [] Família [] IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

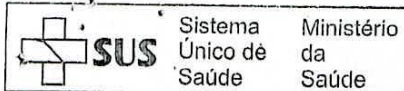
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: sousa
Data Hora: 11/08/2018 23:42:37

© 2019
SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
SIS - SISTEMA DE INFORMAÇÃO EM SAÚDE
VIA 4.2.04 - 01/08/06



12 NOV. 2018



BLOCO A

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Nota 49108

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

HGR

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

HGR

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Alexandre Lima Penna

6 - N° DO PRONTUÁRIO

467215

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

402003688746308

8 - DATA DE NASCIMENTO

03/09/80

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Antônia Lima Penna

11 - TELEFONE DE CONTATO

N° DO TELEFONE

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

Av. dos Macaís 217 - Santa Maria Leão

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Bocaina

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

RN

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Trauma contuso de crânio de acidente de moto

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Unwiga

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

Exame fis + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

FX 2ª 94ª MTT (D)

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

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

() CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Pedro

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

12/08/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

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

() CNS () CPF



47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

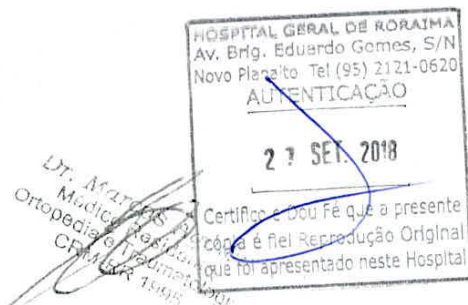
0308010019
5923 5068
1299

12 NOV. 2018

Ata 18-V

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		<i>Alexandre Lima Pessoa</i>			
DIAGNÓSTICO		<i>Fr 2º e 4º MT (D)</i>			
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	<i>12/08/18</i>
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>9ND</i>
2	AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia				<i>04</i>
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H <i>Suspensão</i>				
4	FILATIL 20mg 12/12hs				<i>12</i>
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 <i>S/N</i>				<i>06 12</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				<i>06 14</i>
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIARIO				
15	<i>13/08</i> <i>Atendimento Psicológico</i> <i>Realizado</i>				
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:					

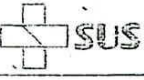
Ao bloco para programação cirúrgica



SINAIS VITAIS					
6 H	—	130/75	58		
12 H	36,2°	135x84	55	Vanderleia de S. Conceição COREN-PR 965.280 TE	
18 H	36	135x80	51		
24 H	1 —	123/87	53		

**MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.**

12 NOV. 2018

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE <i>Anderson Lima Pimenta</i>				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				9 - SEXO			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO			
				15 - UF			
				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura e luxação de hêmilum e de múltiplos antebra- nos do p. direito</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Transtorno Cirúrgico</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>RX</i>							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fratura e luxação de hêmilum e de múltiplos antebra- nos do p. direito</i>							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Ortopedia e Traumatologia</i>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA <i>Ortopedia</i>				27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
28 - DOCUMENTO () CNS () CPF				29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE <i>Bruno / Vitor M.</i>				31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>13/08/18</i>			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		38 - SÉRIE			
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAÍDO		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO () CNS () CPF				46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>18/11/18</i>				48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
				49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>0408050462</i> <i>5923</i> <i>6295</i>			

12 NOV. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 18 / 08 / 18

O.S. _____

Adriana Lima Pinheiro

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

FIM:

Dr. Bruno F. Santos
Ortopedia e Traumatologia
Título de Especialista
RGO: 503 / CRM 1047

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em DDH mole insguimentar;
2. AA + CCE;
3. Incisão longitudinal lateral em pi direito com umidade goço do fôss. ilioacromiário + passagem de FK e parafusos unguindo as fraturas e alinhando as metoformas com as suas respectivas camadas e cubos mole centrais e de cópico + unguer + aerolinos;
4. A RDA.

12 NOV. 2018

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patriótica dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

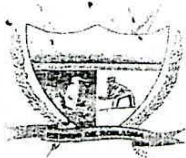
Alexandre Lima Pessoa, 38 A

Boa visto - R1

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº																																																																																							
- midazolam 2,5 mg (10)		18.08.18																																																																																							
- Fentanyl 100 mcg (10)																																																																																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th rowspan="2">AGENTES</th> <th rowspan="2">Nº</th> <th colspan="4">05</th> <th colspan="4">15</th> <th colspan="4">30</th> <th colspan="4">45</th> <th colspan="4">15</th> <th colspan="4">30</th> <th colspan="4">45</th> <th colspan="4">15</th> <th colspan="4">30</th> <th colspan="4">45</th> </tr> <tr> <th>01</th><th>02</th><th>03</th><th>04</th><th>05</th><th>06</th><th>07</th><th>08</th><th>09</th><th>10</th><th>11</th><th>12</th><th>13</th><th>14</th><th>15</th><th>16</th><th>17</th><th>18</th><th>19</th><th>20</th><th>21</th><th>22</th><th>23</th><th>24</th><th>25</th><th>26</th><th>27</th><th>28</th><th>29</th><th>30</th><th>31</th><th>32</th><th>33</th><th>34</th><th>35</th><th>36</th><th>37</th><th>38</th><th>39</th><th>40</th><th>41</th><th>42</th><th>43</th><th>44</th><th>45</th> </tr> </thead> </table>			AGENTES	Nº	05				15				30				45				15				30				45				15				30				45				01	02	03	04	05	06	07	08	09	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
AGENTES	Nº	05				15				30				45				15				30				45				15				30				45																																																			
		01	02	03	04	05	06	07	08	09	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																																											
LÍQUIDOS VENOSOS																																																																																									
DA	°C	240																																																																																							
X	38	220																																																																																							
ULSO	36	200																																																																																							
ANES	34	180																																																																																							
X	32	160																																																																																							
OP	30	140																																																																																							
O	28	120																																																																																							
TEMP	100																																																																																								
ASPIR.	80																																																																																								
A	60																																																																																								
RESP	40																																																																																								
O	20																																																																																								
Export																																																																																									
Assist																																																																																									
Contro																																																																																									
SÍMBOLOS																																																																																									
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES																																																																																						
A	Propofol 0,8% 150g	Intubação orotraqueal	X - check lists: monitorização, umidificador e equipamentos																																																																																						
B		Alca Bomba Simple	1 - O2 SOB em 2L/min																																																																																						
C		63-74 - Lida mediana	2 - Assupria e antiagregação p/ Alca Bomba																																																																																						
D		Alca Bomba 26	3 - Alca Bomba com monitorização																																																																																						
E		SOB monitorização	4 - apneia 2g (10)																																																																																						
F		Alca	5 - oximetria 90 mg (10)																																																																																						
G			6 - Diploema 2g (10)																																																																																						
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea																																																																																							
MOCD		Naso / Orotraqueal - Cega																																																																																							
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo																																																																																							
		Sob Máscara																																																																																							
		Dificuldade Técnica																																																																																							
TOTAL	730 mL	TEMPO DE ANESTESIA																																																																																							
OPERAÇÃO	Osteossíntese de fratura de ulna e rádio de LFRANCH																																																																																								
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA																																																																																						
DA ANA Paula		DA VICTOR / BRUNO																																																																																							

Dra Ana Paula Thomé
Médica Anestesiologista
CRM-PR 1408

12 NOV. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

38

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Alexandre Lima Pessoa		110-2		18 / 08 / 18	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Osteossintese Fract. e Luxação		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Lafra 2 e 3		08:30	10:00		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Dra. Ana Paula		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:				
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
Dn. Bruno Figueiredo					
Dn. Vitor Montenegro					
Dn. Fernando R.		CIRCULANTE			
Dn. Wellington + Mineky					
TIPO DE ANESTESIA: Ráqui		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			500 ml	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 8.0		L	FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO MONONYLON Nº 3.0	
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURINº Nº 20			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO PROLENE Nº	
	SERINGA 01ML		1	FIO SEDANº Cateter 02	
	SERINGA 03ML		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL Eletrodos	
L	SERINGA 05 ML			CERA P/ OSO	
L	SERINGA 10ML			KIT CATARATANº	
L	SERINGA 20ML		1	GEOFOAM - Atadura 20 cm	
				FITA CARDIACA	
			100ml	OUTROS: clonidina	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Stenand + Jimone	SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

12 NOV. 2018

110-02

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Alexander Lima Pinson				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	DATA	28/10/2018		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12:00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18:00
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				S/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N
10	SSV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S/N
14	CURATIVO DIARIO				curativo
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
19					
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

Dr. Fernando Resende
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2007

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	62x66 68		36,3
18 H	63x70 92		36,5
24 H			

06h: 110x70 80

36,0

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

12 NOV. 2018

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	PRÉ	TRANS	PÓS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO	PRÉ	TRANS	PÓS
Ansiedade relacionada (a) procedimentos transoperatório (b) procedimentos pós-operatórios		A	B	Avalia preparo operatório		✓		
Risco para infecção relacionado (a) intervenção cirúrgica (b) presença de cateter ou sonda.		AB		Orientar paciente sobre o que durante a sua permanência no C.C.		✓		
Risco para infecção relacionado (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.		A		Encaminhar paciente a sala de cirurgia		✓		
Desobstrução de vias relacionada (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.				Cuidar para que não esteja fria na recepção do paciente		✓		
Padrão respiratório relacionado (a) depressão de nível respiratório (b) relaxamento muscular.		A	AB	Mante paciente coberto sem camisola		✓		
Risco para hipotermia relacionado (a) estado de anestesia química (b) temperatura ambiental e idade.		AB		Instalar monitores e oximetria de pulso		✓	✓	✓
Risco para trauma relacionado (a) estado anestésico (b) agitação (c) uso de bisturi elétrico.		A		Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica			✓	
Risco para queimadura (a) pelo posicionamento periorbitário.				Seguir rotina de instalação de cuidados com bisturi elétrico				
Integridade da pele prejudicada (a) cirúrgica (b) queimadura.		A		Registrar volume e anotar aspecto do débito urinário de 1/1 hora				
Mobilidade física prejudicada relacionada a estado pós anestésico cirúrgico.				Controlar drenos frequentes nas primeiras horas de P.C.				
Retenção urinária relacionada (a) diminuição do tônus da bexiga pós anestésica.				Comunicar Enfermeira há aumento de sangramentos pós-incisões e cateteres				✓
Incontinência fecal relacionada (a) efeito da anestesia (b) administração de enema				Verificar sinais vitais (T, PA, PC, PVC, FR, saturação e perfusão) de 05/05 min. 1h, 2h, 3h, 4h, 5h, 6h, 7h, 8h, 9h, 10h, 11h, 12h, 13h, 14h, 15h, 16h, 17h, 18h, 19h, 20h, 21h, 22h, 23h, 24h.				✓
Mucosa oral relacionada ao uso do tubo endotraqueal				Anotar e comunicar a enfermeira alterações de padrão respiratórios (apneia, dispneia, queda da saturação, alterações no nível de consciência).				✓
Dor relacionada a incisão cirúrgica (b) imobilidade.			AB	Anotar volume e aspecto das secreções traqueobrônquicas.				
Náusea relacionada (a) estado pós-cirúrgico-anestésico (b) efeito medicação.				Observar as condições da pele em região de placa de bisturi e eletrodos com vistas a queimaduras.				
Evolução da enfermagem	Relatório de Enfermagem			Fazer controle da dor, proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito.				✓
Pac. Trans. operatório. Prof. R. C. (enfermeira) Sub. D. M. S.	11h30 - Realizada im			Manter curativos oclusivos com gases com drenos.				✓
Realizar + medicação para	1h15 de oxigênio mib.			Manter grades dos leitos elevadas.				✓
Após procedimento de alta	Encaminhado para sala de recuperação			Preparar paciente para alta do C.C.				✓
Assinado R. C. (enfermeira)	1h45 - Realizada im							
Assinado R. C. (enfermeira)	1h45 - Realizada im							
Assinado R. C. (enfermeira)	1h45 - Realizada im							

12 NOV. 2018



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Alexandre Lima Rouse
Responsável Cirurgião

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:
☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO
☒ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO
☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☒ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura: Jose Rouse Hora: 18:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesista: D. Ana Paula

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☐ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ REVISÃO DO CIRURGIÃO:
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica
☐ Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM OU DA EQUIPE MÉDICA CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
☐ Sim ☒ Não ☐ Não se Aplica

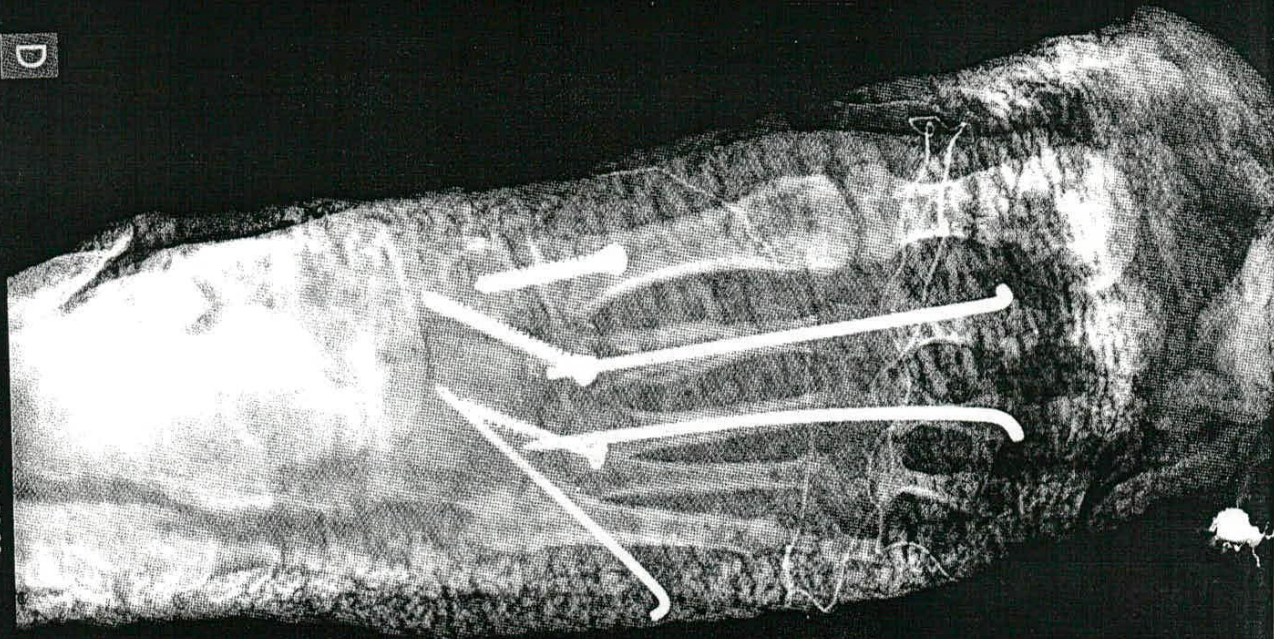
SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO
☐ Sim ☒ Não

☐ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

12 NOV. 2018





61.1 %

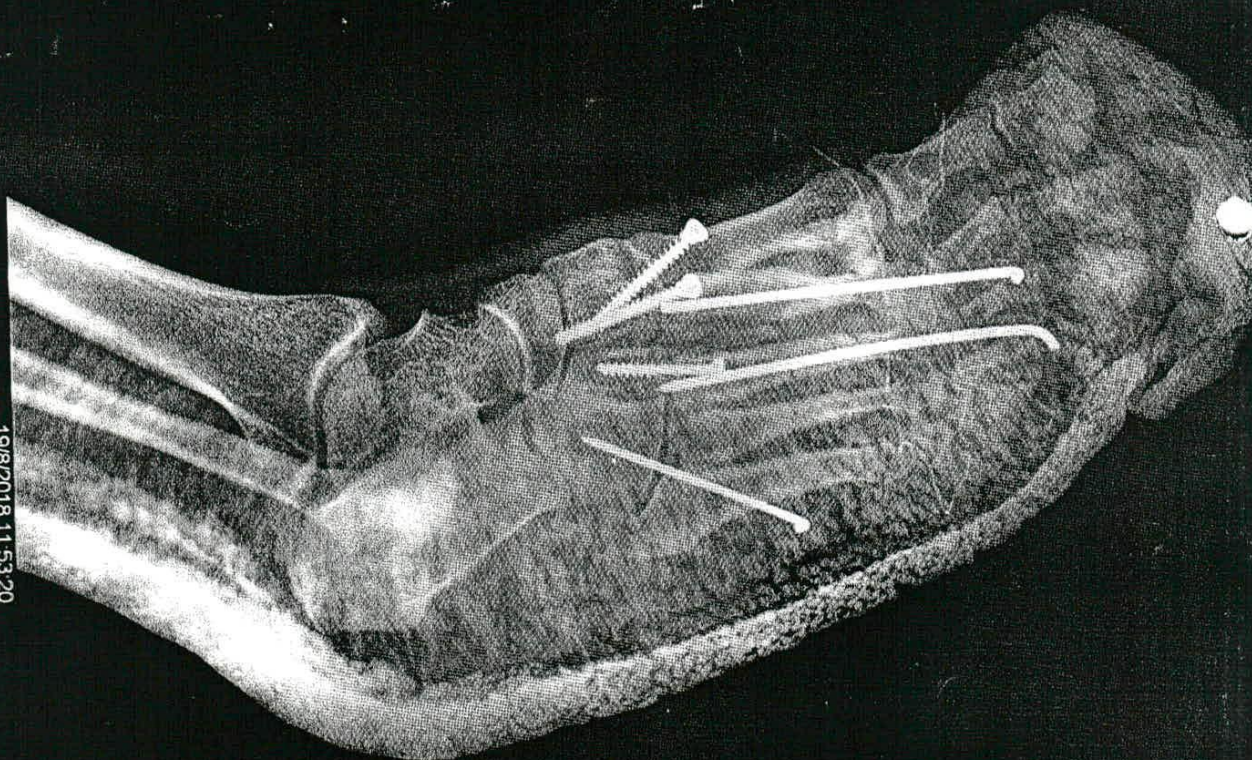
D

, ALEXANDRE LIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

19/8/2018 11:53:20

TR NASCIMENTO



51.4 %

19/8/2018 11:53:20

