



Adv. Santos
Advocacia e Consultoria

PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Armando Antonio da Cruz, PROFISSÃO: Autônomo
ESTADO CIVIL: Casado, FONE: _____
E-MAIL: _____ RG: 470948-9
SSP- RR e CPF: 195.524.672-68, RESIDENTE A
RUA: Zuldimar Santana Puntó N° 1555,
BAIRRO: União

pelo presente instrumento procuratório, nomeia e constitui, como seu procurador, **ABHNER DE SOUZA GOMES LINS DOS SANTOS**, brasileiro, solteiro, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº. 1018-N, com escritório localizado na Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, situado no Município de Boa Vista/RR, a quem confere amplos poderes para o foro em geral com cláusula *ad judicia*, em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, podendo propor contra quem de direito as ações competentes e defender nas contrárias até final decisão, usando dos recursos legais e acompanhando-os, conferindo-lhes ainda poderes especiais para confessar, desistir, transigir, firmar compromissos ou acordos, receber e dar quitação, exceto receber citação, junto a quaisquer repartições do Poder Público, realizar levantamento de Alvarás Judiciais, podendo ainda substabelecer esta procuração para outrem, com ou sem reserva de iguais poderes, dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 12 de fevereiro de 2019.

Armando Antonio da Cruz
Outorgante

Endereço: Rua Dom Pedro I, nº. 1718, Bairro Mecejana, CEP nº. 69.304-010, Boa Vista/RR
Telefones: (95) 3224-7002 | (95) 99173-4223 | (95) 98406-9617
E-mail: adv.abhner@hotmail.com Website: <http://www.abhneradvcon.com.br>

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

OUTORGANTE: Armando Antônio da Cruz
ESTADO CIVIL: casado PROFISSÃO: Autônomo
RG N° 470948-9 SSP/ RR CPF: 195.524.672-68
ENDEREÇO: Rua Zuldeimar Saraiva Pinho,
1555, União

declaro, para os devidos fins, que não possuo condições de arcar com as despesas processuais da presente ação, sob o risco de comprometimento de meu sustento e de minha família, sendo considerado **hipossuficiente** na forma da Lei, pleiteando, portanto, **direito à Justiça Gratuita**.

Boa Vista/RR, 12 de Setembro de 2019.

Armando Antônio da Cruz

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ

 **Polegar Direito**



Armando Antônio da Cruz

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 470948-9 DATA DE EXPEDIÇÃO 23/11/2016

NOME **ARMANDO ANTÔNIO DA CRUZ**

FILIAÇÃO **DEOCLECIANO ANTÔNIO DA CRUZ**

MARIA SOARES DA SILVA

NATURALIDADE **IPORÃ - PR** DATA DE NASCIMENTO **26/02/1965**

DOC. ORIGEM **CERTO CAS 9761 FLS 161 LIV B-33**

2 OF BOA VISTA - RR

CPF **195.524.672-68**

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Fingerprintista da Polícia Civil
Diretor do IOD

1 VIA **P 7**

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

10	CONTRATO DE TRABALHO	11
Empregador	COUROS BOA VISTA LTDA.	Empregador
Rua	R: DID, 463 Q. V. LT. D. INDUSTRIAL	Rua
Município	CEP: 69.301-970	Município
Esp. do estabelecimento	Bga Vista / RR	Esp. do estabelecimento
Cargo	Sanitico Genio	Cargo
C.B.O. nº		C.B.O. nº
Data admissão	21 de Agosto de 2012	Data admissão
Registro nº		Registro nº
Remuneração especificada	R\$ 622,00 (Seiscentos e vinte e dois Reais) por mês	Remuneração especificada
Ass. do empregador ou a rgo c/ test.	COUROS BOA VISTA LTDA	Ass. do empregador ou a rgo c/ test.
1º		1º
2º		2º
Data saída	31 de Outubro de 2016	Data saída
Ass. do empregador ou a rgo c/ test.	COUROS BOA VISTA LTDA	Ass. do empregador ou a rgo c/ test.
1º		1º
2º		2º



Para contato com a
Eletrobras, informe
o Nº e o NÚMERO

SEU CÓDIGO

0058978-0

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez 591 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ 02.341.470/0001-44 - Inscrição Estadual 24.007.022-3

Nota Fiscal nº 001320387 - Data de Emissão 06/09/2018

Nº da Nota Fiscal

001320387

A Tarifa Tarifal de Energia Elétrica - TSEE - é calculada

pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
AGOSTO/2018	06/09/2018	355	221,33

ESMILDI DO NASCIMENTO CRUZ
R. ZULIMAR SARAIVA PINHO 1555 UNIAO
CPF: 00076729990287

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual	16659	Atual	24/08/2018
Anterior	16304	Anterior	23/07/2018
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Leitura	21/09/2018
Consumo Medido	355	Emissão	22/08/2018
Consumo Faturado	355	Apresentação	24/08/2018

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA				
Características	Ligação	Numero Medidor	Resto	Emprego

RESIDENCIAL		BI		13LDB013660 1521850 1.1.1.2		281	
HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA					
Mês/ano consumo							
JUL/18	368	CONSUMO				355 A R\$ 0,557486 =	197,90
JUN/18	421	ILUMINACAO PUBLICA					23,43
MAI/18	221						
ABR/18	314						
MAR/18	289						
FEV/18	180						
JAN/18	236						
DEZ/17	274						
NOV/17	198						
OUT/17	331						
TARIFA SEM TRIBUTOS:							
0 A 355 - 0,456770							

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

CASO HAJA COBRANCA DE SERVICOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) P
ODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabens! Até o dia 22/08/2018, nao constatamos faturas vencidas
nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA (R\$)		COMPOSIÇÃO DE TRIBUTOS (R\$)	
Distribuição	60,82	Base de Cálculo	
Energia	97,29	Aliquota ICMS	197,90
Encargos	0,00	Valor do ICMS	17,00%
Tributos	4,05	Valor do PIS	33,64
		Valor do COFINS	0,36

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
0,00 0,00 0,00

FLORESTA

ROT: 7.001.11.02.630000



Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ 02.341.470/0001-44 - Inscrição Estadual 24.007.022-3

SEU CÓDIGO 06/2018

TOTAL A PAGAR 221,33

0058978-0

MES FATURADO

VENCIMENTO

08/2018

06/09/2018

Nº da Nota Fiscal

001320387 FCAM

83640000002 9 21330075000 6 00000000058 8 97800818008 2



SEQ.: 00084 UC: 0058978-0 DT.LEIT.: 24/08/2018 T.ENT'

LEITURA: 16659 NORMAL TOTAL: 221,33 CARC

DT.VENC.: 06/09/2018 IRREG.: 000 COLE

20 SET. 2018



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala).

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

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

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

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

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras – COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Ilton Jairo de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.051.512 / 04
na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Armando Antônio da Cruz inscrito
(a) no CPF sob o Nº 195.524.672 / 68, do sinistro de DPVAT cobertura Invalidez da Vítima
Armando Antônio da Cruz inscrito (a) no CPF sob o Nº 195.524.672 / 68, conforme
determinação da Circular Susep 445/12:

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

☒ Recuso informar

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

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

Endereço	<u>Rua. Antônio Pinheiro Galvão</u>		Número	<u>1832</u>	Complemento	<u>Ap-04</u>
Bairro	<u>Buritis</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>	Estado	<u>RR</u>	CEP
Email	<u>ilouur@hotmail.com</u>		Telefone comercial(DDD)	Telefone celular (DDD)		
				<u>(95) 98325-9538</u>		

Boa Vista, de Setembro de 2018
Local e Data

Assinatura do Declarante

DOCUMENTO
ORIGINAL
20 SET. 2018

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE

NOME:	Armando Antônio da Cruz
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	
IDENTIDADE:	470948-9
ENDEREÇO:	R. Ludimar Sarcinello Pinho, 1555, União

OUTORGADO

NOME:	Glau Sniaco de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônomo
IDENTIDADE:	114.807 SSP-RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio P. Galvão, 1832, Curitiba

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem confio poderes para representar-me perante as SEGURADORAS que constituem o CONSÓRCIO DO SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT,

NOTA: Certifico que o presente documento apresentado neste Cartório na data indicada no carimbo eletrônico de reconhecimento. Dou fé.



Boa Vista - RR, 06/09/2018

LOCAL E DATA

Armando Antônio da Cruz

ASSINATURA DO OUTORGANTE

(RECONHECER FIRMA POR AUTENTICIDADE)

DOCUMENTO
ORIGINAL
20 SET. 2018



CARTÓRIO LOUREIRO		DR. JOZIEL LOUREIRO TABELÃO E REGISTRADOR
AV. VILHA DO SOL, Nº 5636 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL: (93) 3634-6097 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR		
REC. VERDADEIRA a(s) assinatura(s)		
(INSCRIÇÃO) - ARMANDO ANTÔNIO DA CRUZ		
COL. em testemunho da verdade Boa Vista, 08/09/2018		
Empl. 240, FUNDEJURR: 0.24, FISC: 0.12, FECON: 0.12, ISS: 0.12		
Selo: REC FIR 158345WFOX81EJSQELB00		
Consulte seu selo: https://cidadao.portalsei.rr.com.br		
CPF Solicitante: 19552487268		

Victory C. C. Babil Brighi
Escritório Autorizado
Cartório Loureiro



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020090/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/05/2018 20:46 Data/Hora Fim: 13/05/2018 21:01
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 029592 Data: 13/05/2018
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Ateto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 13/05/2018 19:15 (Data e Hora Aproximadas)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Caraná

Logradouro: RUA CB PM LAURINDO DE ARAUJO BRAGA

Nº: 1155

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1617: Acidentes diversos - trauma	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome: ESMILDE DO NASCIMENTO CRUZ (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 45

Estado Civil: Sem Informação

Raça/Cor: Sem Informação

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 476535-5

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ZILDIMAR SARAIVA DE PINHO

Nº: 1555

Bairro: UNIAO

Nome: ARMANDO ANTONIO CRUZ (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 53

Estado Civil: Casado(a)

Raça/Cor: Sem Informação

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 470948-9

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ZILDEMAR SARAIVA DE PINHO

Nº: 1555

Bairro: UNIÃO

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: NAO INFORMADO

Nº: NAO



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegario Gomes
Impresso por: Gileno Cley Gomes Passos
Data de Impressão: 13/05/2018 21:01
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

20 SET. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020090/2018

Bairro: NAO INFORMADO

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a),
HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito envolvendo os itens acima relacionados. Segundo informações colhidas no local um veículo saveiro modelo antigo de cor vermelha de placa não identificada entrou na contra mão de direção da mesma rua acima informada atropelando os (itens 01 e 02) que tralegavam em uma motocicleta de COR vermelha da MARCA Dafra e placa Nº: NUH8769 não parando no local para prestar socorro. Fizemos diligências para tentar localizar o infrator/conductor do veículo envolvido, porém não obtivemos êxito. Informo ainda que o SAMU esteve no local e conduziu as vítimas ao HGR (Hospital Geral de Roraima) para cuidados médicos. Esse era o relato.

ASSINATURAS

 042000886
Gileno Cley Gomes Passos
Responsável pelo Atendimento


POLICIA MILITAR DE RORAIMA
(Comunicante)

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

DOCUMENTO
ORIGINAL
20 SET, 2018



Delegado de Polícia Civil: Fernando Edson Olegario Gomes
Impresso por: Gileno Cley Gomes Passos
Data de Impressão: 13/05/2018 21:01
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPE - Sistema de Procedimentos de Polícia



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 020090/2018-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 19/10/2018 11:59 Data/Hora Fim: 19/10/2018 12:07
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 029592 Data: 13/05/2018
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA Ocorrência

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 13/05/2018 19:15 (Data e Hora Aproximadas)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Caraná

Logradouro: RUA CB PM LAURINDO DE ARAUJO BRAGA

Nº: 1155

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1617 - Acidentes diversos - trauma	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ARMANDO ANTONIO CRUZ (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 53

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 470948-9

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ZILDEMAR SARAIVA DE PINHO

Nº: 1555

Bairro: UNIÃO

Nome Civil: ESMILDE DO NASCIMENTO CRUZ (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 45

Estado Civil: Sem Informação

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 476535-5

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ZILDIMAR SARAIVA DE PINHO

Nº: 1555

Bairro: UNIAO

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: NAO INFORMADO

Nº: NAO

Bairro: NAO INFORMADO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020090/2018-A02

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

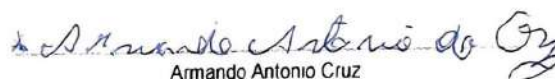
RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a)
HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito envolvendo os itens acima relacionados Segundo informações colhidas no local um veículo saveiro modelo antigo de cor vermelha de placa não identificada entrou na contra mão de direção da mesma rua acima informada atropelando os (itens 01 e 02) que trafegavam em uma motocicleta de COR vermelha da MARCA Dafra e placa Nº NUH8769 não parando no local para prestar socorro. Fizemos diligências para tentar localizar o infrator/conductor do veículo envolvido, porém não obtivemos êxito. Informo ainda que o SAMU esteve no local e conduziu as vítimas ao HGR (Hospital Geral de Roraima) para cuidados médicos. Esse era o relato. O SENHOR ARMANDO ANTÔNIO DA CRUZ, COMPARECEU PARA ACRESCENTAR QUE NO DIA DO ACIDENTE ERA O CONDUCTOR DA MOTOCICLETA DAFRAZIG 50, PLACA NUH 8769, CHASSI 95VJK4M8DEM009685, DE PROPRIEDADE DE ESMILDE DO NASCIMENTO TAVARES. É O RELATO.

ASSINATURAS


Carlos Regis Cunha
Responsável pelo Atendimento


Armando Antonio Cruz
(Vítima)

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


19 OUT 2018
AGENTE DE PLACAS
CONFERIR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020090/2018-A03

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 07/01/2019 11:00 Data/Hora Fim: 07/01/2019 11:02
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 029592 Data: 13/05/2018
Delegado de Polícia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 13/05/2018 19:15 (Data e Hora Aproximadas)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Caraná

Logradouro: RUA CB PM LAURINDO DE ARAUJO BRAGA

Nº: 1155

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1617 Acidentes diversos - trauma	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ARMANDO ANTONIO CRUZ (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 53

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 470948-9

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ZILDEMAR SARAIVA DE PINHO

Nº: 1555

Bairro: UNIÃO

Nome Civil: ESMILDE DO NASCIMENTO CRUZ (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 45

Estado Civil: Sem Informação

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 476535-5

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA ZILDIMAR SARAIVA DE PINHO

Nº: 1555

Bairro: UNIAO

Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: NAO INFORMADO

Nº: NAO

Bairro: NAO INFORMADO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº 020090/2018-A03

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Senhor(a) Delegado(a)
HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Fomos acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de acidente de trânsito envolvendo os itens acima relacionados. Segundo informações colhidas no local um veículo saveiro modelo antigo de cor vermelha de placa não identificada entrou na contra mão de direção da mesma rua acima informada atropelando o Sr. ARMANDO ANTONIO DA CRUZ condutor da motocicleta e ESMILDE DO NASCIMENTO garupa da motocicleta. Que trafegavam em uma motocicleta de COR vermelha da MARCA Dafra e placa Nº NUH8769 não parando no local para prestar socorro. Fizemos diligências para tentar localizar o infrator/conductor do veículo envolvido, porém não obtivemos êxito. Informo ainda que o SAMU esteve no local e conduziu as vítimas ao HGR (Hospital Geral de Roraima) para cuidados médicos. Esse era o relato. O SENHOR ARMANDO ANTONIO DA CRUZ COMPARECEU PARA ACRESCENTAR QUE NO DIA DO ACIDENTE ERA O CONDUTOR DA MOTOCICLETA DAFRA/ZIG 50 PLACA NUH 8769, CHASSI 95VJK4M8DEM009685, DE PROPRIEDADE DE ESMILDE DO NASCIMENTO TAVARES. É O RELATO.

ASSINATURAS


Erico Wallace Bessa Rocha
Responsável pelo Atendimento


Armando Antonio Cruz
(Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) único(s) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei 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."



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº **012735877916**
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA **01** CÔD. RENAVAM **00598885897** R.N.T.R.C. **2017** EXERCÍCIO

NOME
ESMILDE DO NASCIMENTO TAVARES

RR

CPF / CNPJ **767.299.902-87** PLACA **NUH8769**

PLACA ANT / UF **NUH8769 RR** CHASSI **95VJK4M8DEM009685**

ESPÉCIE TIPO **PAS/CICLOMOTO/NAO APLIC.** COMBUSTÍVEL **GASOLINA**

MARCA / MODELO **DAFRA/ZIG 50** ANO FAB. **2013** ANO MOD. **2014**

CAP / POT / CIL **2P/0050CC/** CATEGORIA **PARTICU** COR PREDOMINANTE **VERMELHA**

COTA ÚNICA **1** VENC. COTA ÚNICA **1** VENC / COTAS **1*******

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR Nº 012735877916 BILHETE DE SEGURO DPVAT

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
www.dpvatsegurodotransito.com.br
SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO **2017** DATA EMISSÃO **29/09/2017**

VIA **01** CPF / CNPJ **767.299.902-87** PLACA **NUH8769**

RENAVAM **00598885897** MARCA / MODELO **DAFRA/ZIG 50**

ANO FAB. **2013** CAT. TARIF. **8** Nº CHASSI **95VJK4M8DEM009685**

PRÊMIO TARIFÁRIO

20 SET. 2018

BRASILEIRO

Visto por:

... Guia de Atendimento 02 ...



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



Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

(X) RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE

PRESCRIÇÃO

St. 071. 100 ml Rumpf h-v

Formuliert und ev. skizziert 11/10/15

Conduta

() Alta por Decisão Médica
() Alta a Pedido
() Alta a Revelia
() Transferência para: _____

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

Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____:____:____

óbito

Destino: Hosp. Família

() IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: elleno
Data Hora: 13/05/2018 19:31:47

5. 2016
 2016/16 - Rückkehr von Kroatien
 16. 2016/16 - Rückkehr von Kroatien
 16. 2016/16 - Rückkehr von Kroatien



SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CRES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CRES	
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - UF	
16 - CEP					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
18 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
34 - CNPJ DA SEGURADORA					
35 - CNPJ EMPRESA					
36 - CNAE DA EMPRESA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
40 - EMPREGADO					
41 - EMPREGADOR					
42 - AUTÔNOMO					
43 - DESEMPREGADO					
44 - APOSENTADO					
45 - NÃO SEGURADO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
49 - N° DOCUMENTO					
50 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
51 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
52 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					

24 JUL. 2018

Certifico e Dou Fé que a presente é uma cópia fiel da Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital.

DOCUMENTO ORIGINAL 20 SET. 2018

0408050500
5828
V299

até 26.5.



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

Armando Antonio da Luz.

De vista 26/05/18.

Bolton Operatório

24 2018

- fratura quase completa do 2º dedo da Mão Esquerda (Fibula Tibial)

Tipo de Intervenção: Tratamento Cirúrgico de Obstrução de Fratura Esquerda + P.O.S. por M.I.E. (osteossíntese de F.O.S.)

(1) F.O.S. do DTH sob plano anatômico

(2) Colocação de campo de fratura com fio + anti-séptico + P.O.S. de fratura Externa.

(3) abscisão longitudinal em topografia de pulso lateral medial + fratura longitudinal em torção proximal de pulso (E)

(4) colocação em pontal de placa 3,5 por 10 cm P.O.S.

(5) controle fisiológico satisfatório

(6) punção de injeções longitudinais

(7) anest. v. + P.O.S.

(8) OBS: não utilizado soro de urina no F.O.S. aumentando de infecção.

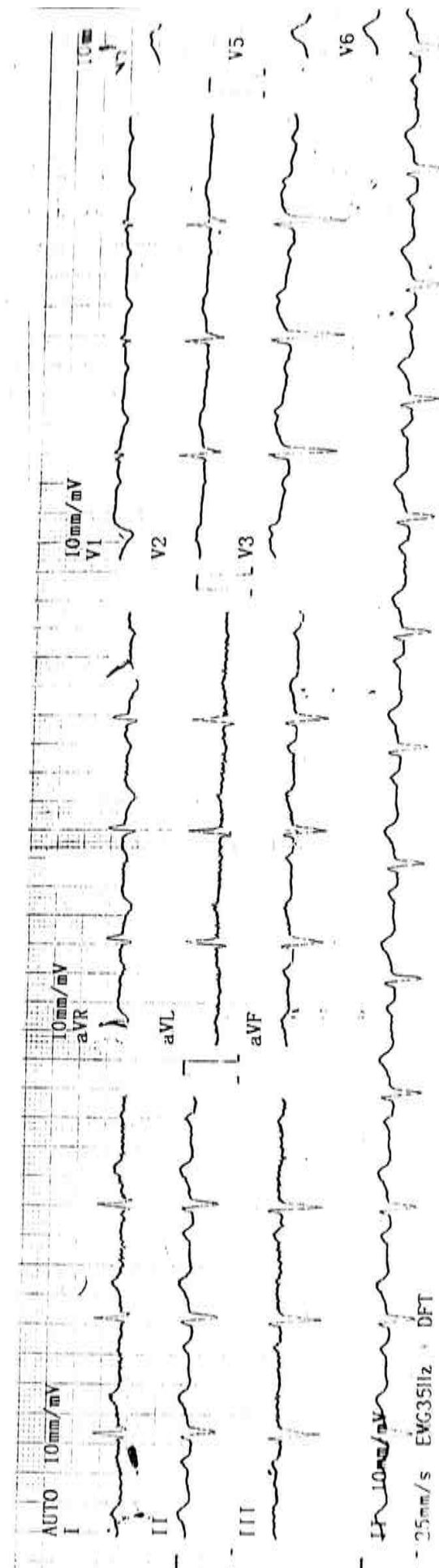
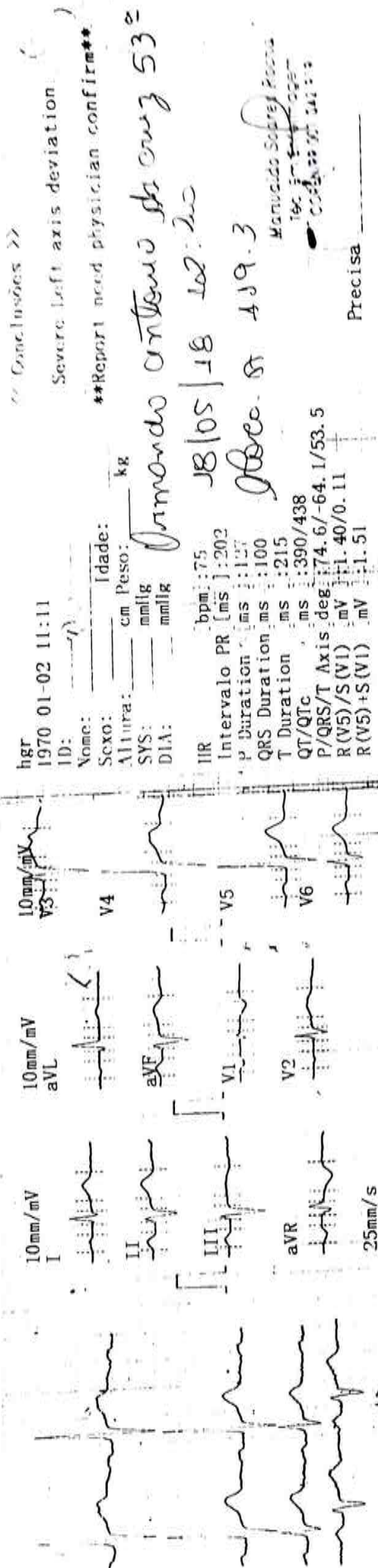
Dr. Marcelo Arruda
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1242

Dr. Thiago Muniz
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2009

ASSINATURA:


Dr. Armando Antonio da Luz
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1242

20 SET. 2018




106-02

Comando



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	<i>M. grande Antônio da Silva</i>				
DIAGNÓSTICO	<i>Fr. exp. múltipla fêmur + placa pont. fêmur</i>				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	DATA	<i>26/05/18</i>		
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 500MG EV 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	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<i>Ticoplorina 400 mg (EV) 1x ao dia</i>				
16	<i>Paracetamol 500 mg 3/8 horas (EV)</i>				
17	<i>Albúmina 100 mg 1x ao dia (EV)</i>				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40' M' EV - AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

*Fr. exp. imediato de
Fêmur + osteossíntese com
Placa em Pont. na Fíbula
Esquerda.*

SINAIS VITAIS				
6 H	116 x 60	60		36.3
10 H	110 x 60	60		
13 H	104 x 70	Sp		35.4
24 H	100 x 60	60		36.0

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

24/115 - Item 3, antecipado neste horário.

24/115 - Item 3, antecipado neste horário.

Benivalda Silva Ribeiro
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 90435-1/2018

20 SET. 2018

tautor de um por um em um
apresenta o processo após voltar do
C.C. Afonso SSUV, administrado
no PC, segue nos cuidados
de enfermagem

Maria de Jesus Farias Lima
Téc. de Enfermagem
COREN-PR 917.059

Paciente medicado C.P.M., das 19:00h às
20:00h, referido os SSUV, paciente com queixa
de dor intensa, administrado medicação
conforme prescrição médica

Benivalda Silva Ribeiro
Técnica de Enfermagem
COREN-PR 904.166-1EC

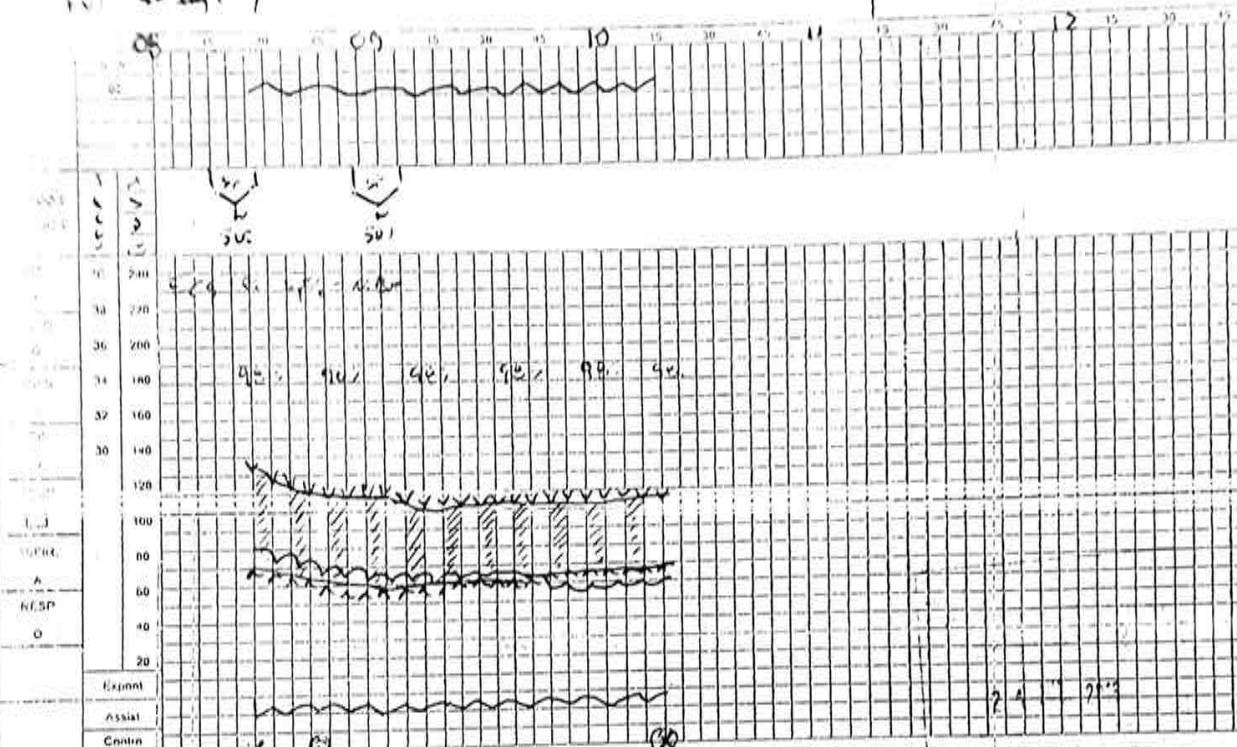


ARMANDO ANTONIO DA SILVA

Affirming Co } 20.5 h
Sub Affirm Co } 2.976-0.0762.0

673

26 05 19



SHADU.05

A B

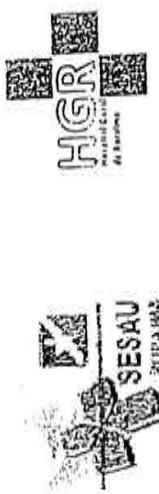
AP 60

[illegible]

Dra. Marisa Pinto
Anestesiologista
CRM/RR - 308

20 SET. 2018

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRURGICO/SRIA



DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRÉ	TRANS	PÓS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM		DATA	TRANS	PCS
Ansiedade relacionada (a) procedimentos transoperatório (b) procedimentos pós-operatórios		A		AB	Avaliar 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 aspiração relacionado (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.					Encaminhar paciente a sala de cirurgia			✓	
Desobstrução ineficaz relacionada (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.			A		Cuidar para que não esteja fria na recepção do paciente			✓	
Padrão respiratório ineficaz relacionado (a) depressão do centro respiratório (b) relaxamento muscular.			A		Manter paciente coberto sem camisola			✓	
Risco para hipotermia relacionado (a) estado de anestesia cirúrgica (b) temperatura ambiental e idade.			A	AB	Instalar monitores e oximetria de pulso			✓	
Risco para trauma relacionado (a) estado anestésico (b) agitação (c) uso de bisturi elétrico.					Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica	2 - 10L 2013		✓	
Risco para traumatismo (a) pelo posicionamento peroperatório.					Seguir rotina de instalação de cuidados com bisturi elétrico				
Integridade da pele prejudicada (a) cirurgia (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 diurese frequentes nas primeiras horas de PCI				
Retenção urinária relacionada (a) diminuição do tônus da bexiga pós anestésico.					Comunicar Enfi se há aumento de sangramentos pós-incisões e cateteres				
Incontinência intestinal relacionada (a) efeito da anestesia (b) não realização de enema					Verificar sinais vitais (T, PA, PC, PVC, FR, saturação e perfusão) de 15/15 min. 1h, 30/30 min 2h, 1/1 hora em diante.			✓	
Mucosa oral alterada relacionada ao uso do tubo endotraqueal.					Anotar e comunicar enfermeira alterações de padrão respiratórios (apneia, dispnéia, queda de 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 de Enfermagem		Relatório de Enfermagem			Fazer controle da dor proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito.			✓	
Evolução de Enfermagem		Relatório de Enfermagem			Manter curativos occlusivos com gases comidáveis.			✓	
Evolução de Enfermagem		Relatório de Enfermagem			Manter níveis dos eletrodos elevados.			✓	
Evolução de Enfermagem		Relatório de Enfermagem			Preparar paciente para alta do C.C.			✓	

SAL - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA
NOME: ARMANDO ANTÔNIO



TRANSOPERATÓRIO			
Entrada na Sala	Início Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia
08:20	09:25	08:30	10:10
Cirurgia Realizada		Anestesia	Localização
Pituitária		RAQUID	Posição: Deitado
Hidratação: Infundida		Antibiótico: Terapia	Hemodinâmica: idos
SF a 0,9%:	Nome:	Dose:	CH:
SG a 10%:	Nome:	Dose:	Plasma:
Outros:	Plaquetas:		
Nº de compressas oferecidas:	Antitômio Patt. glico		
Nº de compressas recolhidas:	Nº peças:		
Sinais Vitais:	Nº Cultura:		
T: °C	P: bpm	Outros:	
SAT: %	R: rpm	Nº Outros:	
FC: bpm	PA: mmHg	Nº Outros:	
Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Rolo X () Outros:			

Entradas	CH	SING	DIUTEL	SING	DIUTEL
EV					
Bilanco: Hidrata					

Entrada:	Ass:

Legenda
1. Eletrodos
2. Oxímetro
3. PVC
4. Placa de Bisturi
5. Incisão
6. Cateter
7. Venoclise
8. Dreno
9. SNG
10. Falca de Smarch
11. Outros: Dreno
12. Outros: Vácuo

Destino:	SRPA	UTI	Outros:

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COO - URE - AM/ 2005 e aos 11 anos de idade

20 SET. 2018

21 JUL 2018

COO - URE - AM/ 2005 e aos 11 anos de idade



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FOLHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Simão - <i>Simão da Cruz</i>				26 / 05 / 18
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
<i>Exatidão de Ritmo (E)</i>		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		09:25	10:10	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		<i>Dr. Fabiano</i>	
<i>Dr. Bruno Eyquendo</i>	RES. ANESTESIA:			
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
<i>Dr. Alton</i>				
2º AUXILIAR	CIRCULANTE			
	<i>Seres e Talita</i>			
TI. DE ANESTESIA: <i>Periférica</i>		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO
1	PACOTES GAZE <i>50</i>			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº <i>3.0</i>
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
	LÂMINA BISTURINº			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
	SERINGA 01ML			SURGICEL
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATANº
	SERINGA 10ML			GEOFOAM
1	SERINGA 20ML	<i>2</i>		FITA CARDIACA
				OUTROS: <i>IVP, Tópicos, Soro</i>
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS SUB- TOTAL		
	<i>Nome e Assinatura</i>			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

20 SET. 2018

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Abner de Souza Gomes Lins dos Santos
Responsável: Cirurgião

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- () Identificação de
() Sítio Cirúrgico
() Procedimento
Consentimento () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

- () Aplica () Não se Aplica

OUTRO DE RISCO

- () 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:

ÁREA DE RISCO DE ASPIRAÇÃO

- () Não
() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- () Não
() Sim, e uso endovenoso adequado e planejamento
para fluidos

Assinatura: Alberto F. M. Herrera
Médico Anestesiologista
CRM 50788

Assinatura: 09 Hora: 09

Data: 20 de 09 de 2018

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Valdimir

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 CONFIRMAM A
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

20 SET. 2018

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome Antonio de Cruz Id. A Uster 1061 Sexo M Data 25/05/16 Diagn. Pre OP F. I. til Cx. Proposta Tijol Anest. Ant. 55 Hn 24 Is 396.00 Alergia Urtic Alcool Fumo Drogas: (Conicoides, fenotiazinas, hipotensores, antipsicóticos, líticos, digitálicos, anticoagulantes, diuréticos, antiácidos, citostáticos, catapletores, IMAO, outros) Estado Mental Normal Percepção Normal RX F. I. til Fases 1 Hepatograma 1 Outros 1 Parecer Clínico 1 PA 100/80 Pulso 62 Temperatura 36°C

Medicação Pre - Ant.	DOSE	VIA	HORA

Baigun Tipo 55 Hn 23d Is 77d t. Coag Pa 396.00 Urtic Urtic Grel Ca Urtic CL Urtic BS BE Urtic Urtic S. Ocul. An Urtic S. Nerv Urtic S. Endoc Urtic Est. Fis (A.A.) Urtic AN, Proposta Urtic Hn Urtic Assinatura Urtic

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

[illegible]

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						PRESCRIÇÃO MÉDICA																										
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																												
PACIENTE ARMANDO ANTONIO DA CRUZ																																
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DE TIBIA																																
ALERGIAS		HAS		DM2		28/05/2018																										
IDADE 53		LEITO 106-1		DATA																												
ITEM		PRESCRIÇÃO																														
1	DIETA ORAL LIVRE						HORÁRIO																									
2	SF 0,9% 500ML EV 12/12H						9h																									
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA						13h 00																									
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA						SUSPENSO																									
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N						06																									
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H						18h 2006																									
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						20																									
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						20h 2006																									
11	SSVV + CCGG 6/6 H						20h 2006																									
12	CURATIVO DIÁRIO						20h 2006																									
13	CLEXANE 40 SC 1X DIA						20h 2006																									
17	HIDROCORTISONA 500MG EV 12/12 HR						20h 2006																									
15	TEICOPLANINA 400MG EV 12/12H						20h 2006																									
16	CEFEPIME 2G EV 8/8H						20h 2006																									
17	Painkiller SVD.						20h 2006																									
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:																																
# CONDIÇÃO: MANTIDA																																
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:																																
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																																
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>110x67</td> <td>82</td> <td>20</td> <td>36,2</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>								SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR	TA	12 H	110x67	82	20	36,2	18 H					24 H				
SINAIS VITAIS																																
6 H	PA	FC	FR	TA																												
12 H	110x67	82	20	36,2																												
18 H																																
24 H																																
Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia																																

126 PCT SEGUIR DE ALTA HOSPITAL

Isaquieli Lima Silva
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 876.694-TE

20 SET. 2018

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE ARMANDO ANTONIO DA CRUZ					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DE TIBIA					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE 53		LEITO 106-1		DATA 27/05/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S.V.
2	AVP				S.V.
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSPENSO
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				S.V.
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S.V.
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				S.V.
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S.V.
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S.V.
11	SSVV + CCGG 6/6 H				S.V.
12	CURATIVO DIÁRIO				S.V.
13	CLEXANE 40 SC 1X DIA				S.V.
17	HIDROCORTISONA 500MG EV 12/12 HR				S.V.
15	TEICOPLANINA 400MG EV 12/12H				S.V.
16	CEFEPIME 2G EV 8/8H				S.V.
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:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	110x70	68	36,3
18 H	110x70	64	36,5
24 H	110x70	64	36,7

06 H: 110x70 62

36,3

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

20 SET. 2018

recomendação e medicação de horário com reexato atn
Sinais vitais no farmácia, verificado SSVV
Mima Kenia da Cda Luz
Tefont Entomologia
COREN-RR 948476 - TE

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome do paciente: André da Silva
Responsável Cirúrgico: Edna

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

Identidade: Sim
Procedimento: Sim
Consentimento: Sim

RISCO CIRÚRGICO

Aplica: Não se aplica

SITIO DEMARCADO

Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

POSICIONAMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
Sim () Qual:

VIA AEREA DIFICIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

Sim, e equipamento/assistência disponíveis ()

RISCO DE PERDA SANGÜINEA > 500 ml
Sim () Não ()

Sim, e acesso endovenoso/fechado e planejamento
ferramentas
Caro Henrique Doria
Caro Henrique Doria

Data: 13/09/18 Hora: 21:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Muel

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do paciente: (X)
Sítio cirúrgico: (X)
Procedimento: (X)

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

REVISÃO DO CIRURGIAO: (X)
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: (X)
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: (X)
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.

Sim () Não se aplica ()

Qual: Aplicado Hora: 21:30

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

Sim (X) Não se aplica ()

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SÁIDA (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: (X) Sim () Não () Não se Aplica

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

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO: () Sim (X) Não

O CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE: (X) Sim () Não () Não se Aplica

Abner de Souza - 84341-11-11
Assinatura e Carimbo

11/05: Às 18:00 do dia 27/05/18, administrado as medicações
no plantão diurno e Pm do dia e durante o plantão diurno
não houve nenhuma intervenção e segue os en-
tados da enfermaria foriã //

Josiane de Souza Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000 461 072





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Saúde

FICHA DE ANESTESIA

Arnaldo Antônio da Cruz, 53a

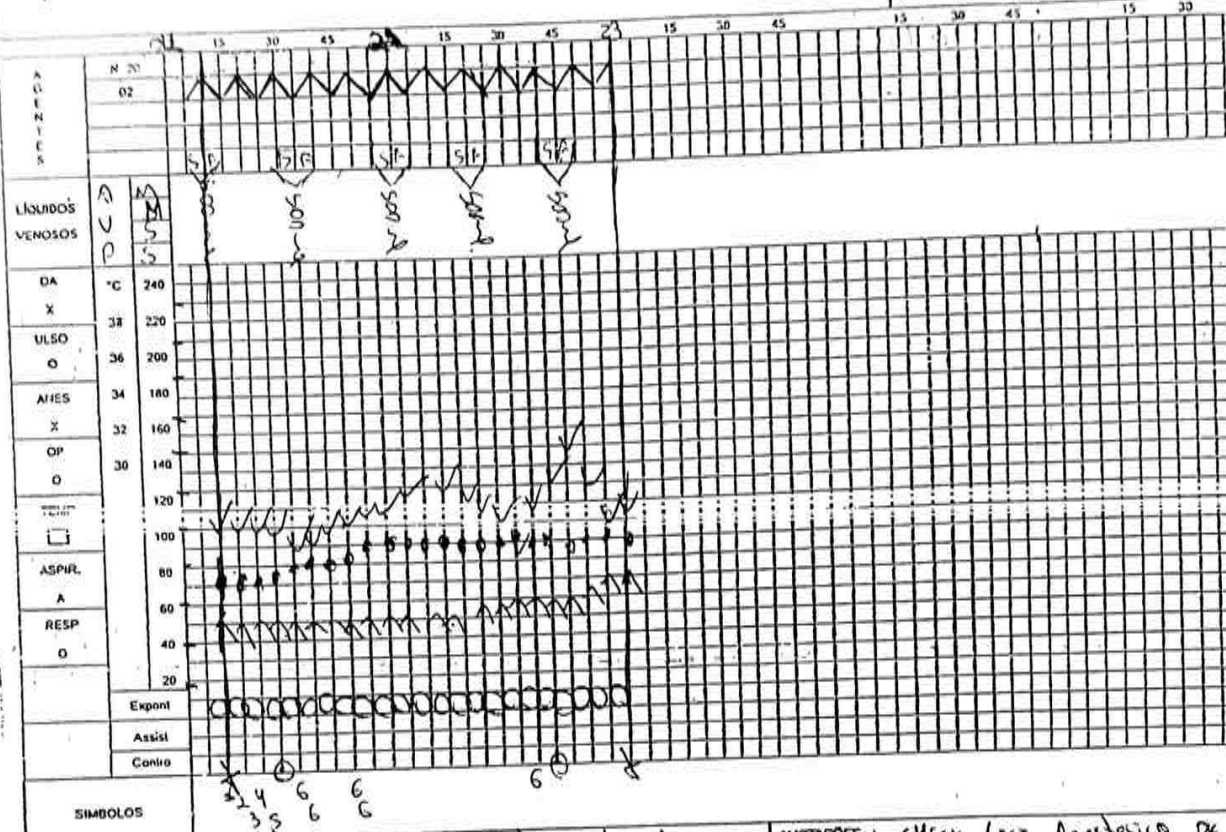
13/05/18

10 Nega HPP

Nega Alergia.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

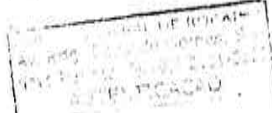
X



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Bupivacaina 0.5% (Hiper) 15g	Requisição de lã 10g	Hiperbárica agulha 25G de Quin k. mediana	1 - AUP + Monitor
B		Ventilação da gravidade	2 - CN O ₂ 20/min
C		Em modo espontâneo CI	3 - Assepsia e antissepsia + cu pr estéril em Reg. lumbor.
D		CN O ₂ 20/min	4 - Requisição de Bupivacaina 15g
E			5 - Cefalotina 2g C.V.
F			6 - Cefedrina 5g C.V.
G			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringe	
NDCD		Naso / Oro Faringe - Cego	
SANGUE		Dial - Tamp - Calibre do tubo	
		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL	2500	1:50h	
OPERAÇÃO	osteossítese: tratamento cirúrgico de fratura exposta na perna (F)		
ANESTESIA	DR Michel	DR Tatiana	
	DR Holder R3	DR GLOIA	
	DR Bruno		

Michel M. Moura
Médico Anestesiologista
CRM / RR 1408

20 SET. 2018



21 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

UNIDADE MATERIAIS E CONSUMÍVEIS

Emergência

Sala 01

NOME DO PACIENTE: 53a APT OU 11 TO Nº DO PROTOCOÁRIO: NI DATA: 13/05/18
Simão Antonio da Cruz GT NI
CIRURGIÃO

TIPO: Colocação de Fixador Externo p/ Fratura de Tibia E TEMPO DE DURAÇÃO: INÍCIO: 21:50 FIM: 23:10 TEMPO TOTAL:

EQUIPE MÉDICA

1º CIRURGIÃO: Dr. Elder Soares ANESTESISTA: Dr. Michel
2º CIRURGIÃO: RES. ANESTESIA: R3 Elder / R1 Bruno
1º AUXILIAR: INSTRUMENTADOR: Jairo

2º AUXILIAR: CIRCULANTE: Kelly / Gilberto
TIPO DE ANESTESIA: Raque TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/> 36 FR	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			SF 0,9% 250 ml	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO VICRYLNº	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO MONONYLON Nº 0 <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (Par)			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
<input type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURINº 111 ; 241			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 Equipe macro	
	SERINGA 01ML			FIO SEDA Nº Jelco n-18	
	SERINGA 03ML		<input type="checkbox"/>	SURGICEL Atadura 30cm	
	SERINGA 05 ML			CERA P/ OSO	
	SERINGA 10ML		<input type="checkbox"/>	KIT CATARATANº Cateter 02	
	SERINGA 20ML			GEOFOAM Exortiva plabsepia	
<input checked="" type="checkbox"/>	Pltirodos			FITA CARDIACA	
				OUTROS: Clorixidina alcoolica	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A): Jairo ENFERMEIRA CHEFE: Ena Gabrila
Ena Solange
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS: CIRCULANTE DE SALA:

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

VALOR:

ORTOSINTESE IND E COM LTDA
Av. Nelson Palma Travassos 351 - CEP 02998-000
Tel: 55 (11) 39454300 - FAX: 55 (11) 39454310
Bras - Site: www.ortosintese.com.br

Ref.: 4747/01 Lote: S08341 Quant.: 1 pc

FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 250MM
FIXADOR EXTERNO LAY FIX
FIXADOR EXTERNO
Registro ANVISA N
NIP AISI 304 ASTM F138 ALUMÍNIO

10223710095
1/5/2018 1/3/2013

CE C434

European Authorized Representative: ORTOSINTESE
PO: ORTOSINTESE
1090 Brasília - BRASIL
Tel: +32 (2) 732 59 54 Fax: +32 (2) 732 60 52 e-mail: ORTOSINTESE@ORTOSINTESE.COM
Rep. Técnica: CARLOS M. NUNES (20112784)

REF: 4747/01 Lote: S11209 Quant.: 1 pc

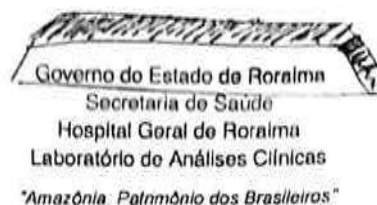
10223710095
1/5/2018 1/3/2013

CE C434

European Authorized Representative: ORTOSINTESE
PO: ORTOSINTESE
1090 Brasília - BRASIL
Tel: +32 (2) 732 59 54 Fax: +32 (2) 732 60 52 e-mail: ORTOSINTESE@ORTOSINTESE.COM
Rep. Técnica: CARLOS M. NUNES (20112784)

20 SET. 2018

21 SET. 2018



Resultado de Exames

Paciente:	ARMANDO ANTONIO DA CRUZ	Sexo:	M	Nasc:	26/02/1965	Idade:	53A
Identificação:	20269017	Sector:	BLOCO A	Coleta:	18/05/2018 13:02:18		
Origem:	HGR	Leito:	119-3	Emissão:	18/05/2018 15:31:29		

Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma		Referência
LEUCOCITOS	5,45x10 ³ /uL	4,00 - 10,00
NEUTROFILOS	73,60%	50,0 - 70,0
LINFOCITOS	15,10%	20,0 - 40,0
MONOCITOS	6,40%	3,0 - 12,0
EOSINOFILOS	4,60%	0,5 - 5,0
BASOFILOS	0,30%	0,0 - 1,0

Eritrograma		Referência
ERITROCITOS	2,25 x10 ⁶ /uL	3,50 - 5,50
HEMOGLOBINA	6,90 g/dL	11,0 - 16,0
HEMATOCRITO	20,20 %	37,0 - 54,0
VCM	89,60 ug/mL	80,0 - 100,0
HCM	30,70 pg	27,0 - 34,0
CHCM	34,20 g/dL	32,0 - 36,0
RDW CV	11,20 %	11,0 - 16,0
RDW SD	47,40 fL	35,0 - 56,0

Piaquetograma		Referência
PLAQUETAS	198,00 x10 ³ /uL	150 - 400
VPM	9,60 fL	6,5 - 12,0
ADP	16,20	9,0 - 17,0
PCT	0,190 %	1,08 - 2,82



Monna Kelly C. de Magalhães

Monna Kelly C. de Magalhães
Farmacêutica Bioquímica
CRF-RR 368

PRÉ-ANESTÉSICO'

Nome _____		End _____		T. alto _____		Serv _____	
Sexo _____		Idade _____		Alt _____		Classe _____	
Olaço Ext. OP _____		Data _____ / _____ / _____		Hora _____		Patrol Asses. _____	
Cm. Procede _____							
Anest. Ant _____							
Alergia _____							
Alcool _____ Pulso _____							
DROGAS: β-bloqueante, benzodiazepínico, hipotensor, narcótico, hipotico, diurético, anticoagulante, diurético, anilolítico, sulfá, vasopressor, IMAO, outros)							
Estado Mental _____ Boca _____							
Pneumia _____ Velas _____							
RX _____							
Fósses _____							
Hepatograma _____							
Outros _____							
Parâmetros Clínicos _____							
PA _____ Pulso _____ Temperatura _____							

Sangue Tipo _____	Lam _____	Ht _____	Hb _____
Hin _____	tc _____	ts _____	p. Leço _____
r. Coag _____	Pq _____	Urôlia _____	
crat _____	Glc _____	Na _____	mEq/l _____
Cl _____	mEq/lk _____	mEq/lpH _____	pO2 _____
pCO2 _____	BIA _____	BB _____	BS _____
URINA: d _____	pH _____	glic _____	Alb _____
Sedim _____			
Ap. gen. Ur _____			
Ap. Resp. _____			
Ap. Circ _____			
Ap. Dig _____			
S. Osteo - Art _____			
S. Nerv _____			
S. Endoc _____			
Est. Fis (ASA) _____ AN. Proposta _____			
NB _____			

Medicação Pré - Ant,	DOSE	VIA	HORA

Assinatura _____

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data 14.05.17

Hora 00:00

Data / /

Hora /

P. B. G. aldrate de 10

Alta

Bruno Henrique D'Arroz
Residência Anestesiologia
CRM-RR 1493

Assinatura

HOSPITAL DE KOBAITA
Av. Brig. Eduardo Gomes, 574
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
24 JUL. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

Assinatura



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas
"Amazônia - Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente	ARMANDO ANTONIO DA CRUZ	Sexo	M	Nasc.	26/02/1965	Idade	53A
Requisição	20269017	Sector	BLOCO A	Coleta	18/05/2018 13:02:18		
Origem	HGR	Leito	119-3	Emissão	18/05/2018 15:31:29		

Exames

Material Soro

Método: Automatizado Mindray BS-380

PROTEINA C REATIVA - PCR

91,12 mg/L

Referência

0,0 - 8,0

CREATININA

1,04 mg/dL

0,4 - 1,4

GLICOSE

142,19 mg/dL

70,0 - 100,0

UREIA




28,90 mg/dL

15,0 - 45,0

Maria José da Silva Gomes
Farmacêutica-Bioquímica
CRF-RR 409



106-1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  																									
PRESCRIÇÃO MÉDICA																									
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																					
PACIENTE ARMANDO ANTONIO DA CRUZ																									
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DE TIBIA																									
ALERGIAS		HAS		DM2																					
IDADE	53	LEITO	106-1	DATA	25/05/2018																				
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																				
1	DIETA ORAL LIVRE				5h																				
2	AVP				10h - 12h																				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSPENSO																				
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				08h - 10h																				
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				12h - 14h																				
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				12h - 14h																				
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				12h - 14h																				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12h - 14h																				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				12h - 14h																				
12	CURATIVO DIÁRIO				12h - 14h																				
13	CLEXANE 40 SC 1X DIA				12h - 14h																				
17	HIDROCORTISONA 500MG EV 12/12 HR				12h - 14h																				
15	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA 18/05				12h - 14h																				
16	VANCOMICINA 1 G EV 12/12HR				12h - 14h																				
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: # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																									
SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>120/80</td> <td>54</td> <td>-</td> <td>35.6°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>90x50</td> <td>73</td> <td></td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>120x80</td> <td>54</td> <td></td> <td>36.5°C</td> </tr> </tbody> </table>						6 H	PA	FC	FR		12 H	120/80	54	-	35.6°C	18 H	90x50	73		36	24 H	120x80	54		36.5°C
6 H	PA	FC	FR																						
12 H	120/80	54	-	35.6°C																					
18 H	90x50	73		36																					
24 H	120x80	54		36.5°C																					
					Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia																				

6/05 06:00 - 120x80 66 36,4°C

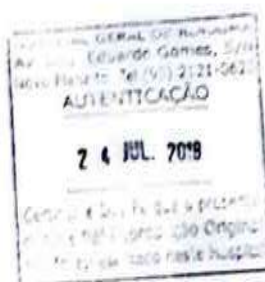
20 SET. 2018

EXEMPLO DE AUTENTICAÇÃO

Geandria dos Santos Pereira
Técnica de Enfermagem
COREN-PA 51.380-TEC

154 pontos de auto, mapa, operatório
sinai, vitais, realizado cuidados
bucal

Edmar de Almeida Matos
Téc. de Enf.
COREN-PA 501672-TEC



Médico	Data
<p>R: Ad. F. Leite para Pirox no momento do coleta de sangue para exames laboratoriais com medicamentos de controle, 550V, 1100 comprimidos. Paciente informado do procedimento e os 13:00h: realizado coleta de sangue para exames laboratoriais</p> <p>18.05.19</p> <p>Administrado medicamento de controle CPM, 550V 550V</p>	

Raimundo Marcel de S. Campello
Téc. Enfermagem
COREN-RR 903.942

Miguel Kenia da C. da Luz
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 948.476-TE

Médico	Data
<p>06/05 - Paciente medicado CPM, não administrado item "8" não tem na unidade conforme informação da farmácia, após os 550V.</p>	

Bentivoda Silva Ribeiro
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 904.156-TEC

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bde. Eduardo Gomes, 511
Nova Planalto - Tel (65) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
24 JUL. 2019
Certifico a Dou Fé que a presente
foi emitida em conformidade com o Original
existente neste Hospital

PARA:

DE:

UTI: _____
ENFERMAGEM: _____
REGISTRO: _____
NOME: _____
UNIDADE: _____

PEDIDO DE PARECER

AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS

ESTADO DE RORAIMA



119-3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				HCR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA				DIH	DN
DATA DE ADMISSÃO					
PACIENTE	Bernardo A. do Ouy				
DIAGNÓSTICO	CA Tumor (E)				
ALERGIAS	HAS	DM2	DATA 55/05/18		
IDADE	LEITO				
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO SF09. S0001 8/8h EV				24.06.14
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				24.12.17
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				24.06.12
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				SN
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	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				Relina
10	SSV + CCGG 6/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				Relina
14	CURATIVO DIARIO				16
15	Ulexant 40g 1x1ol SE				
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

24 SET 2018

Dr. Marcelo ...
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1918/RS

SINAIS VITAIS	PA	FC	TR	T
6 H	118x63	76		
12 H				
18 H				
24 H	97x64	92		35,6

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

20 SET. 2018



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente	ARMANDO ANTONIO DA CRUZ	Sexo	M	Nasc.	26/02/1965	Idade	53A
Requisição	20267264	Sotor	GT	Coleta	14/05/2018 04:22:46		
Origem	HGR	Leito	VERMELHA	Emissão	14/05/2018 05:08:41		

Hemograma com contagem de plaquetas

Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

		Referência
Leucograma		4.00 - 10.00
LEUCOCITOS	12,76x10 ³ /uL	50.0 - 70.0
NEUTROFILOS	85,60%	20.0 - 40.0
LINFOCITOS	4,70%	3.0 - 12.0
MONOCITOS	9,50%	0.5 - 5.0
EOSINOFILOS	0,20%	0.0 - 1.0
BASOFILOS	0,00%	

		Referência
Eritrograma		3.50 - 5.50
ERITROCITOS	2,74 x10 ⁶ /uL	11.0 - 16.0
HEMOGLOBINA	8,60 g/dL	37.0 - 54.0
HEMATOCRITO	26,00 %	80.0 - 100.0
VCM	94,90 ug/mL	27.0 - 34.0
HCM	31,40 pg	32.0 - 36.0
CHCM	33,10 g/dL	11.0 - 16.0
RDW CV	11,80 %	35.0 - 56.0
RDW SD	47,40 fL	

		Referência
Plaquetograma		150 - 400
PLAQUETAS	145,00 x10 ³ /uL	6.5 - 12.0
VPM	10,10 fL	9.0 - 17.0
ADP	17,10	1.08 - 2.82
PCT	0,146 %	



Jonnath Chagas
Farmacêutico Bioquímico
CRF-RR 508



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

EVOLUÇÃO

DATA
HORA

14/05/18

Vascular.

8:30h / Paciente vítima de acidente automobilístico com grave
fratura em punha esquerda (fratura exposta de tíbia e
fíbula), sendo submetido a fixação externa pelo ortopedista na
médica.

No momento o paciente encontra-se com dor a mobilização e
queixas de prurido. Mobilizando dedos c/ facilidade. Tem-
peratura do pé preservada. Pulso pedioso 3+/4+. Não pulso tibial
posterior (edema? lesão?). De qualquer forma, não há indi-
cação de intervenção pela vascular no momento. Oriento aqueci-
mento passivo c/ aquecedor ortopédico. Iniciar profilaxia p/ TVP c/
Clexane 40mg ainda hoje.

Dr. Bruno M. Calafá
Cirurgião Vascular
CRM-RR 1748

ASSINATURA: _____

CRM: _____

106-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																											
PACIENTE ARMANDO ANTONIO DA CRUZ																														
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DE TIBIA																														
ALERGIAS		HAS	DM2																											
IDADE	53	LEITO	106-1	DATA	24/05/2018																									
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N																									
2	AVP				11h00																									
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSPENSO																									
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				06h																									
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				08h																									
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				12h																									
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				12h																									
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12h																									
11	SSVV + CCGG 6/6 H				12h																									
12	CURATIVO DIÁRIO				12h																									
13	CLEXANE 40 SC 1X DIA				12h																									
17	HIDROCORTISONA 500MG EV 12/12 HR				12h																									
15	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA 18/05				12h																									
16	VANCOMICINA 1 G EV 12/12HR				12h																									
17	Continuando na Hemocultura 2 dias (CV)				12h																									
18	Visto pela																													
19	Hemovigilância																													
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:																														
<p>ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE</p> <p># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.</p> <p># SOLICITADO:</p> <p># CONDUTA: MANTIDA</p> <p># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:</p>																														
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>100 x 60</td> <td>61</td> <td>-</td> <td>36,2°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>103 x 65</td> <td>60</td> <td></td> <td>36,7°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>110 x 66</td> <td>62</td> <td></td> <td>36,8°C</td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR		12 H	100 x 60	61	-	36,2°C	18 H	103 x 65	60		36,7°C	24 H	110 x 66	62		36,8°C
SINAIS VITAIS																														
6 H	PA	FC	FR																											
12 H	100 x 60	61	-	36,2°C																										
18 H	103 x 65	60		36,7°C																										
24 H	110 x 66	62		36,8°C																										
<p>24 de Maio 2018</p> <p>Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia</p>																														

12h: Paciente está bem. Medica concentrado de hemácias e de glóbulos brancos e adm. m.crm. Realizado HUP com jila

16
Rostiane A. Delm
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 66

20 SET. 2018

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 24/05/18

NOME: Hermano Antonio da Cruz

Nº DA BOLSA: 0119180926020 VOLUME: 315 ml

BOLSA: ABO: O+ FATOR Rh: O+

PACIENTE: ABO: O FATOR Rh: +

SINAIS VITAIS:

INICIO: 8:30 hs T: 35,8°C PA: 106x70 P: 68 FR: 20

MEIO: 8:45 hs T: 35,5°C PA: 103x66 P: 61 FR: 20

FIM: 9:30 hs T: 35,1°C PA: 103x61 P: 60 FR: 20

Ass. Téc. de Enfermagem: [assinatura]

Ass. Enfermeiro: [assinatura]

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 24/05/18

NOME: Hermano Antonio da Cruz

Nº DA BOLSA: 0119180926038 VOLUME: 292 ml

BOLSA: ABO: O FATOR Rh: +

PACIENTE: ABO: O FATOR Rh: +

SINAIS VITAIS:

INICIO: 10:20 hs T: 35,6°C PA: 103x66 P: 63 FR: 20

MEIO: 10:35 hs T: 35,6°C PA: 104x71 P: 60 FR: 20

FIM: 11:30 hs T: 36,2°C PA: 100x60 P: 61 FR: 20

Ass. Téc. de Enfermagem: [assinatura]

Ass. Enfermeiro: [assinatura]

Enfermeiro
COREN/RR 275.127

Visto
Hemov. 9

24/05/18
13/11/18

Paciente medicado
usando SSVU

Enfermeiro de Serviço
Auxiliar de Enfermagem
COREN/RR 361219 - AUX

Visto pela
[assinatura]

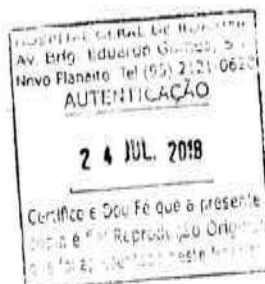
HOSPITAL GERAL DE NOVO HORIZONTE
Av. 21 - São João Gomes, 51
Novo Horizonte Tel (051) 2121-0511
AUTENTICAÇÃO
24 JUL. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
e foi apresentada neste Hospital

16h. Paciente proveniente do trauma. 18h. Ac
medicações CPN. Afetado SVU segue as cuid
dos da enfermagem.

Sandra Oliveira
Téc. em Enfermagem
CONCRETA - TE


UBS. Ao ob. do dia 18/05/18, administrado as medicações
do plantão noturno CPN do dia, e às 21:30 do dia 17/0
freado o AVP foi colocado gelco 18 mg em 50 e torne
na do hospital, durante o plantão noturno não hou
nenhuma intercorrência e segue as cuidados da en
fermagem.

Abner de Souza Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000 461 072




S P M

PROF. ANTONIO DA CRUZ



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			
DIAGNÓSTICO			
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	16.05.2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND 0
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	14-22-16
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	12-24
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	12-24
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	12-24
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	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	ROTINA
10	SSVV + CCGG 6/6 H	SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	Tramadol 400mg EV 8/8h	12-24
16	Cefalotina 1g EV 6/6h	12-24
17	Clonazepam 0.5mg EV 8/8h	12-24
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),	
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;	
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Regulado
para leito

402-1

Regulação Interna

24 JUL 2018

149-SSVV 15/04/11.

PA: 94x61 mmHg

FC: 86 bpm

TC: 36,4°C

SINAIS VITAIS	T	PA	F	O2 sat
6 H	36.0	123x76	87	
12 H	37.2	94x55	86	850ml
18 H				
24 H	37.2	98x65	85	800ml

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Regulado
para leito

BUR 119-3 às 11h

Regulação Interna

16/05/18

T: 36.3

PA: 118x63

FC: 73

D: 1000ml

16/05/18

PA: 115x63



FC: 72

T: 35.9°C

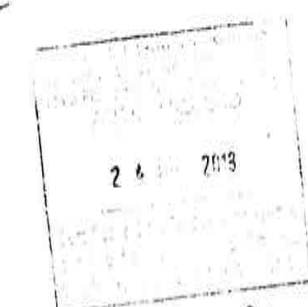
20 SET. 2018

16.05.2018

119-3

 SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Armando A. DA CRUZ		
DIAGNÓSTICO	FRATURA TÍBIA (E)		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	17/5/18
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		18:00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		18:00
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		18:00
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	SSVV + CCGG 6/6 H		ROTINA
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG		S/N
14	CURATIVO DIÁRIO		M
15	Dr. Marcelo Marques		
16	Médico Ortopedia e Traumatologia		
17	CRM 10101RR		
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML E + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:



15h { PA-103x67
PC-80
T-36°C



SINAIS VITAIS	Pn	Tax	FC	Diurese
6 H	100x60	83	363	
12 H	92x55	36.2	85	300 ml
18 H	118/70	36.8°C	78	
24 H	90x50	86	36.5°C	

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

PA=103x67 VP 5: Ao 21:30 trocado o AVPHEi colocad
FC=80 mmm 50 felec 18 e terminou no hospital

20 SET. 2018

ARMANDO ANTONIO DA CRUZ 14/05/2018

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Comando Pastorel do Cruz			
DIAGNÓSTICO		F+ Tibia (F)			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA 14/05/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				5/N
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (Necessária)				5/N
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				5/N
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				5/N
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				5/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5/N
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				5/N
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				5/N
10	SSVV + CCGG 6/6 H				5/N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				5/N
14	CURATIVO DIARIO				5/N
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:					

24/05/2018

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX	de 1h
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	100x53	98	36.7°C	115

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

Dr. Marcos
13:00 - 300 mg/kg
24 h - diurese - 1.000 mL
6 h - diurese 1.300 mL
O2R - PA 89x41mmHg
Fe 41 bpm
20 SET. 2018



Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Saúde
Hospital Geral de Roraima
Laboratório de Análises Clínicas
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"



Resultado de Exames

Paciente	ARMANDO ANTONIO DA CRUZ	Sexo	M	Nasc.	26/02/1965	Idade	53A
Requisição	20269017	Setor	BLOCO A	Cidade	18/05/2018 13:02:18		
Origem	HGR	Foto	119.3	Emissão	18/05/2018 15:31:29		

Coagulograma

Material Plasma

Método: Coagulômetro Automatizado


Tempo de Protrombina	11,20 s
Atividade Enzimática	123,00 %
RNI	0,93
TTPA	27,60 s
Ratio	0,96

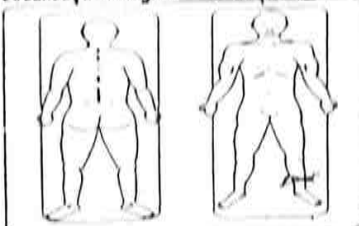



Referência

10 - 14
70 - 100
0,8 - 1,20 (Aceto 2,0 - 3,0)
24 - 40



Monna Kelly C. de Magalhães
Farmacêutica Bioquímica
CRF-RR 368

	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 1 - Versão 06	Data de Elaboração:
	Comissão de Curativo - HCR	Atualizada: Janeiro / 2015	Fevereiro 2015
	ENF/LETO: 106-3		

Nome: <u>Armando Antonio da Cruz</u>			
DATA: <u>27/05/18</u>	Localização / Região: <u>MIC</u>		DATA:
<input type="checkbox"/> GRAU I			<input type="checkbox"/> GRAU I
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU II x 7			<input type="checkbox"/> GRAU II
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____
Tamanho da ferida:	Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm		Comprimento _____ cm Largura _____ cm Profundidade _____ cm
Aparência do leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <u>sutura + pontos</u> <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serosossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
Dor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor
Odor:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____
Condição da pele Perilesional:			
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 3% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____
Hora do curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	<u>Diário</u>		
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. em Enfermagem	01 <u>Vanessa Alves Mota</u> Técnica de Enfermagem COHEN-RR-1.747.478 - TE		02- 
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			01- 
OBS:			02- 

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

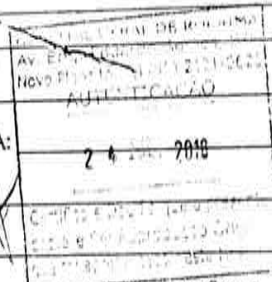
BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 11/09/18 O.S. _____

Américo Antônio de G. Lins

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura exposta do osso da perna (L)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: fixação cirúrgica com placa e parafusos
TIPO DE INTERVENÇÃO: cirurgia
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Elder Soares 1º AUXILIAR: _____
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____




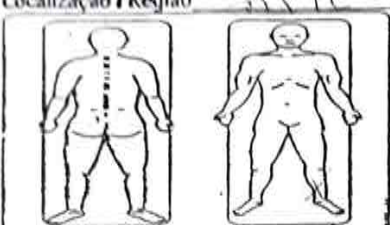
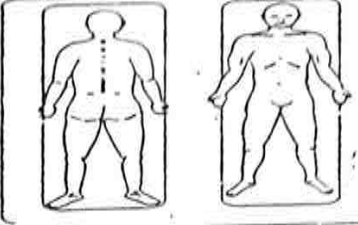
RELATÓRIO CIRÚRGICO

Atividade realizada em 11/09/18, com o objetivo de realizar a fixação cirúrgica da fratura exposta do osso da perna (L) com placa e parafusos. A cirurgia foi realizada sob anestesia geral, com duração de 1 hora e 30 minutos. O paciente foi submetido a uma incisão longitudinal na região da fratura, com exposição completa do osso. Foi realizada a fixação da placa com 4 parafusos. A ferida foi fechada com pontos de sutura e curativo. O paciente foi encaminhado para o setor de recuperação pós-operatória.


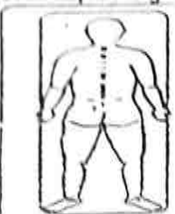
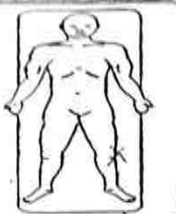
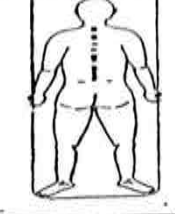
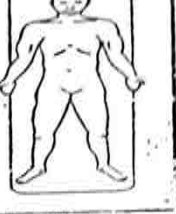
20 SET. 2018

Dr. Elder Soares
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR


	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº: _____	Versão: 06	Data da Elaboração: _____
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 106-2		

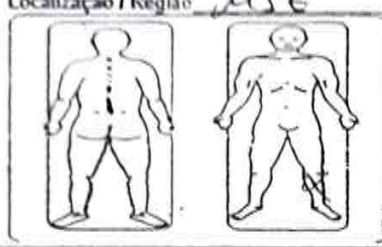
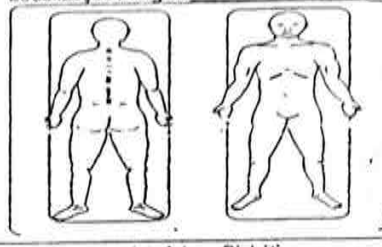
Nome: <u>Abner de Souza Gomes Lins dos Santos</u>			
DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Carolina Paula F. da Silva</u> Téc. em Enfermagem COREN-RR 954.531	02- <u>Renata Silva Rodrigues</u> Aux. de Enfermagem ... 775	01- 02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____		OBS: _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____ _____	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

 Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR		Protocolo nº: 06 Atualizada: Janeiro / 2015 ENF/LEITO: JOC. J		Data da Elaboração: Fevereiro 2013	
Nome: ALMANDO ANTONIO DA CRUZ					
DATA: 21/02/13 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		Localização / Região: M.E.  		DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		Localização / Região:  		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: cm Largura: cm Profundidade: cm		Comprimento: cm Largura: cm Profundidade: cm		Comprimento: cm Largura: cm Profundidade: cm	
Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Cor de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		Em caso de + de 24hs		Em caso de + de 24hs	
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem 01- Bruno S. Pereira Técnico de Enfermagem COREN-RR 818.356		02- AJA		01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro					
OBS:		OBS:			

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração: Janeiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 106-1		

Nome: Armando Antônio da Cruz			
DATA: 19/05/18 <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II x 8	Localização / Região: M56 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região: 
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input checked="" type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:		Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:	
Tamanho da Ferida: Comprimento: cm Largura: cm Profundidade: cm		Tamanho da Ferida: Comprimento: cm Largura: cm Profundidade: cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escabelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escabelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras		Condição da pele Perilesional: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:		Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Solagenase <input checked="" type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:		Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Solagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:	
Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs:		Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs:	
Elaborado e ass. Téc. em Enfermagem: Valéria da Silva Moraes 01- Enfermagem 12.065.122-TE		Elaborado e ass. Téc. em Enfermagem: 02- Ana Carolina da Silva Gomes 12.065.122-TE	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

119-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOL	
PREScrição Médica				HER			
DATA DE ADMISSÃO		13/05/2018	DIH	DN	26/02/1965		
PACIENTE: ARMANDO ANTONIO DA CRUZ							
AGNÓSTICO: FX EXPOSTA TIBIAL E							
ALERGIAS		HAS	DM2	18/05/2018			
IDADE	53	LEITO	119-3	DATA			
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						2nd
2	AVP						12:18 24:06
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H						2nd
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N						2nd 02:20
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)						2nd
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN						2nd
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						(06) NTF
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM						2nd
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						2nd
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						2nd
11	CURATIVO DIÁRIO						2nd
12	SSVV + CCGG 6/6 H						2nd
13	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (18/05/18)						2nd
14	VANCOMICINA 1G EV 12/12HRS						2nd
15	H.P 1000ML S.F 0.9% EV HOJE (18/05/18)						2nd
16							2nd
17	19/05/18 Pucate Espirito						2nd
18	17 Heparina 500 mg EV						2nd
19	SF 0.9% 100 ml						2nd
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						2nd

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:

CONDUTA:


PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA; NAO

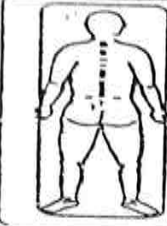
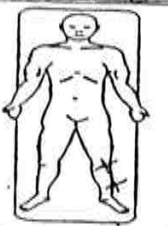
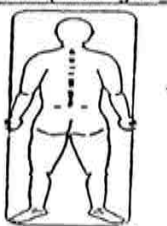
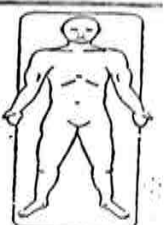
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	84x6.1	84		36.8
12 H	105x6.3	76		36.4
18 H				
24 H	110x6.0	90		36.9

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 138888
Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

20 SET. 2018

	Acompanhamento das Feridas	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração:
	Comissão de Curativo - HCR	Atualizada: Janeiro / 2015		
	ENF/LEITO: 106-1			

Nome: <u>Simone de Brito da Cruz</u>			
DATA: <u>24/05/18</u> <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I x 2 <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II x 2	Localização / Região: <u>M.I.E.</u>  	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região:  
Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____		Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____	
Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Tamanho da Ferida: Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito: <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		Quantidade de Exsudato: <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		Dor: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____		Condição da pele Periférica: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____		Solução para limpeza: <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____		Cobertura primária (Contato direto na lesão): <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		Hora do curativo: <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca: _____		Data da Próxima troca: _____	
Em caso de + de 24hs: _____		Em caso de + de 24hs: _____	
Cabe e ass. Rec. em Enfermagem: 01- <u>Jucilete Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-PR 389.803		Cabe e ass. Rec. em Enfermagem: 01- <u>Jucilete Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-PR 453.564	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: _____	

OBS:	OBS:



D

40,7 %

, RAIMUNDO ANTONIO DA CRUZ

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

28/5/2018 14:28:10

40,8 %

TR QUEIMSON/ ED DORILENE

28/5/2018 14:28:10



ARMANDO ANTONIA DA CRUZ
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

16/6/2018 17:19:27

64,4 %



Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Geral de Roraima

Reserva Sanguinea

Dados relacionados ao princípio de conservação da integridade social	Sim	Não	Observações
Presença da família?	X		
A família participa nos cuidados ao paciente no hospital?	X		
A família tem conhecimento do procedimento cirúrgico que o paciente será submetido?	X		
Houve mudança na vida pessoal devido à necessidade do procedimento cirúrgico?	X		
Houve mudanças na vida profissional devido à necessidade do procedimento cirúrgico?	X		

Sinais Vitais:

PA:

TAX:

FC:

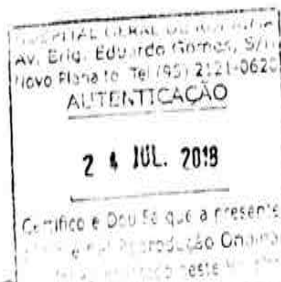
FR:

Conduta de Enfermagem:

Receber o paciente em sala de cirurgia

Consulta de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico

ASSINATURA DO PACIENTE



Boa Vista,

25 de

Dr. Luciano C. Araújo

Enfermeiro

COREN-RR 384.468

de 18

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CRES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CRES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO				11 - TELEFONE DE CONTATO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				R° DO TELEFONE	
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					
fratura grave no osso da perna esquerda.					
24 - JUL 2018					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Osteomielite da tíbia esquerda.					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Rx de Perna Esquerda + Encefalo / in 6					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
fratura com fratura do osso da perna E					
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Osteomielite e fratura no osso da perna esquerda					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - TÍTULO DE ESPECIALISTA					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

0408050543
5823

26.5 20 SET. 2018

V299



Secretaria Estadual de Saúde
Hospital Geral de Roraima

Nome do Paciente: Abhner de Souza Gomes Lins dos Santosabner de S.
 DN: 24/5/14 Idade: 25 Sexo: M Cor: P Setor: 11106
 Nacionalidade: Brasileira Etnia: Branca
 Data da Cirurgia: 22/09/2018 Cartão do SUS: 305218 Data de Internação:
 Dieta Zero a partir de: 22/09/2018 Tipo De Cirurgia: RMST FEMT YICMC
 Tipo de Anestesia:

CONSULTA DE ENFERMAGEM PRÉ OPERATÓRIA

Antes de iniciar a consulta siga as seguintes instruções: Apresente-se nominalmente. De um aperto de mão, explique o que vai fazer, Assegure a privacidade e sossego, Organização cronológica dos fatos, Fechamento da entrevista com esclarecimentos apropriados, Explique sempre o que vai fazer - b. Nesse seguinte, use Roupa adequada (uniforme), Linguagem corporal adequada, Contatos oculares e físicos (naturais), Encorajamento narrativo - Mostre iniciativa, Senso de humor e Interesse, Use o silêncio em questões polêmicas.

Fases do Processo

Conferência Do Prontuário	Itens avaliados/realizados		
Verifique se o prontuário pertence àquele paciente, se os procedimentos cirúrgicos e anestésicos foram planejados, se esses estão anotados no prontuário, e se os exames laboratoriais e de imagem são de fato do paciente. Além do mesmo constar no Mapa Cirúrgico do dia.	Sim	Não	Observações
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exames Hemograma e Bioquímica
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Exames de Imagem
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Electrocardiograma
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Risco Cirúrgico
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Agendamento de Cirurgia
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Inscrito no Mapa Cirúrgico

História Clínica E Antecedentes

O objetivo primordial dessa consulta é o de reunir dados sobre o paciente, que nos levarão a compreender seu processo patológico subjacente. Nela avaliamos suas atitudes, crenças e tendências em relação à enfermidade que o acomete. Igualmente importante é estabelecermos um relacionamento aberto com o paciente. Este relacionamento é elemento essencial para um relacionamento bem sucedido.	Sim	Não	Observações
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? Alergia?
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? Qts Cigarros/Dia? Fumante?
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicação: Diabetes?
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Medicação: Hipertensão?
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Qual? Cirurgia anterior?

Sentimentos Expressados Antes Da Cirurgia

A consulta pré-operatória de enfermagem pode contribuir para a diminuição do estresse do corpo enfermo, pois o relacionamento interpessoal é indispensável para a identificação dos significados que ele dá à doença, ao internamento e ao tratamento.	Sim	Não	Observações
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Calma
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angústia
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Ansiedade
	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Angústia e Ansiedade

Orientações De Enfermagem

Estimule a comunicação eficaz e adequada quanto ao Horário de suspensão da Dieta, que dieta 0 é não comer e beber nada. Retirar todos os pertences, adornos e próteses, guardar com o setor administrativo, que ao ser encaminhado para o Centro Cirúrgico deverá estar somente com bata, touca e propé em roupas íntimas. Banho e Higiene Pessoal deverá ser feito às 8h da hora marcada e não deverá ser encaminhado para a sala de cirurgia com cabelos molhados, pois há risco de choque elétrico. Dependendo da Cirurgia, o paciente deverá retornar com sonda ou cateter. Ao retornar não deverá atravessar as primeiras horas, para evitar cefaléia pós-operatória. Deverá aguardar liberação para dieta e levantar-se devagar. Sintomas como calafrios, náuseas e vômitos são comuns devido à anestesia, eliminando quaisquer dúvidas antes dos procedimentos que serão realizados e os materiais necessários serão utilizados.	Sim	Não	Observações
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Dieta zero
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Prótese Dentária
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Adornos
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Indicado onde guardar pertences?
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Vestimentas
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Higiene Pessoal
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Sondas e Catéter
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Encaminhamento ao Centro Cirúrgico
	<input checked="" type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	Retorno do Centro Cirúrgico

20 SET. 2018

As 181000, Ahm, m. hilos presentes, Ven. hilos sin
h. Tris, se. de los cuernos de En. En. En. En.

Haste sólida de menor diâmetro, bloqueada. Suscetibilidade menor à infecção

Profa. Dra. Priscila Rodrigues
Técnica de Enfermagem
COREN/RJ 751.375

EUSTOPATOI OCIA

Encavilhamento com fresagem: a fresagem da cavidade medular causa lesão ao suprimento sanguíneo cortical interno, o qual, mostrou-se reversível dentro de 8 a 12 semanas. Risco aumentado de infecção. Alterações gerais, como embolia pulmonar, alterações do sistema de coagulação relacionadas com a temperatura e com reações humorais, neurais e inflamatórias.

- *Encavilhamento sem fresagem:* implantes de menor diâmetro. Os benefícios incluem menos produção de calor e menos distúrbios do suprimento sanguíneo endosteal, menos necrose óssea e infecção.

- TÉCNICAS GERAIS

O uso da mesa ortopédica foi manter uma redução definida durante o procedimento, o que pode ser útil no posicionamento das hastes fresadas. Com a haste não-fresada, a manutenção de uma redução exata é somente necessária para o curto período de tempo requerido para passar a haste do fragmento proximal para o fragmento distal. No fresado, é necessária a preservação da redução da fratura em cada passagem da fresa, bem como da haste.

A ordem recomendada para o tratamento de fraturas fechadas é: 1) fêmur; 2) tíbia; 3) pelve ou coluna; 4) membro superior.

6) Placas en ponte

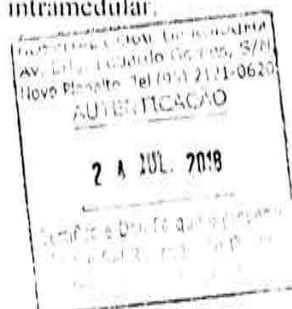
Em geral, a fixação com placas das fraturas representa uma forma de estabilização com propriedades de apoio e divisão de carga. O tratamento funcional do membro com a preservação da força muscular, da coordenação e da mobilidade articular depende da estabilidade fornecida pelo conjunto placa-osso. A consolidação da fratura deve ser esperada se a mecânica da fixação e a biologia da fratura forem compatíveis e mutuamente benéficas.

As placas em ponte ou biológicas usam a placa como um tutor extramedular fixado aos dois principais fragmentos, enquanto a complexa zona de fratura é praticamente deixada intocada, ou melhor, transposta em ponte, pela placa. Esse conceito confere a estabilidade mecânica adequada, oferecida pela placa, com a biologia natural da fratura não comprometida, a fim de alcançar a rápida formação de uma calo interfragmentar e a consolidação da fratura. As técnicas de placa em ponte são aplicáveis a todas as fraturas de ossos longos em que a fragmentação complexa esteja presente e que não sejam adequadas para o encavilhamento intramedular.




Mais aqui:

<http://traumatologiaeortopedia.com.br>

<http://www.traumatologiaeortopedia.com>



106-1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  																					
PRESCRIÇÃO MÉDICA																					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN																			
PACIENTE ARMANDO ANTONIO DA CRUZ																					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DE TIBIA																					
ALERGIAS	HAS	DM2																			
IDADE 53	LEITO 106-1	DATA 23/05/2018																			
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO																	
1	DIETA ORAL LIVRE			S/S																	
2	AVP			MANHA																	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			SUSPENSO																	
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA			(26) - 0 NTF																	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/S																	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H			18:00 - 21:00																	
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			7:00																	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			7:00																	
11	SSVV + CCGG 6/6 H			08:00																	
12	CURATIVO DIÁRIO			CURATIVO																	
13	CLEXANE 40 SC 1X DIA			11:00																	
17	HIDROCORTISONA 500MG EV 12/12 HR			08:00																	
15	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA 18/05			16:00																	
16	VANCOMICINA 1 G EV 12/12HR			10:00																	
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: # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																					
SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>109 x 61</td> <td>62</td> <td>35,8°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>112 x 62</td> <td>71</td> <td>36,6°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>110 x 60</td> <td>64</td> <td>35,4°C</td> </tr> </tbody> </table>				6 H	PA	FC	FR	12 H	109 x 61	62	35,8°C	18 H	112 x 62	71	36,6°C	24 H	110 x 60	64	35,4°C	Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia	
6 H	PA	FC	FR																		
12 H	109 x 61	62	35,8°C																		
18 H	112 x 62	71	36,6°C																		
24 H	110 x 60	64	35,4°C																		

19h Armando SSVV adm. em med. CRM Celia Zueli G. M. Araújo
 24h 112x62 71 36,6°C Hidrocortisona 500mg EV 12/12h 24h 110x60 64 35,4°C
 24h 110x60 64 35,4°C 24h 110x60 64 35,4°C 24h 110x60 64 35,4°C

20 SET. 2018

Dr. Fernando A. L.
 Lucineide A. Lima
 Téc. em Enfermagem
 COREN-RR 866.340 TE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: Armando Antonio Da Cruz	Sexo: Masculino	Nasc: 26/02/1965	Idade: 53 ANOS
Solicitação: 10000644	Numero Interno:	Solicitante: FERNANDO REZENDE CHM RR 2007	
Origem: 10305	Setor: BLOCO A	Leito: 106.1	
Data de Emissão: 22/05/2018 21:00	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 1000064401

DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SÉRUM

Metodologia: M22 Imunoturbidimetria

PROTEÍNA C REATIVA

Resultado

13.04 mg/L

Referência

0.0 - 8.0 mg/L

Sumaira Lima dos Reis
Bióquima
CRF RR 465



Responsável Técnico: Renaldo Eduardo Costa Junior - Responsável Técnico: CHM RR 122
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3306 - Aeroporto
CEP: 69 310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Telefone: (95) 2121 - 0840
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br

23/05/2018 09:41

Página 1 de 2



GOVERNO DE
RORAIMA
ESTADO DO BRASIL

13/07/2019
13/07/2019, 13:00:00 a 13:00:00 da tarde da reunião...



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: **Armando Antonio Da Cruz**

Sexo: Masculino

Nasc: 26/02/1965 Idade: 53 ANO

Solicitação: 10000644

Numero Interno:

Solicitante: FERNANDO REZENDE CRM-RR 2007

Origem: HCRR

Setor: BLOCO A

Leito: 106-1

Data de Emissão: 22/05/2018 21:00

Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 1000064401

DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Metodologia: M22 - Imunoturbidimetria

PROTEÍNA C REATIVA

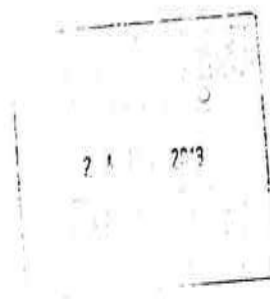
Resultado

13.04 mg/L

Referência

0.0 - 8.0 mg/L

Formada Lina dos Reis
Bogumiro
CRP: 101.405



Responsável Técnico: Humberto Eduardo Costa Junior - Responsável Técnico - CRM - RR 122
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório
Av. Embrapira Eduardo Gomes - 3306 - Aeroporto
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Telefones: (065) 21121 - 0640
e-mail: hgrlab@yahoo.com.br

23/05/2018 09:41

Página 1 de 2



GOVERNO DE
RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE

106-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	ARMANDO ANTONIO DA CRUZ				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE TIBIA				
ALERGIAS					
IDADE	53	HAS		DM2	
ITEM	LEITO	106-1	DATA	22/05/2018	
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				SUSPENSO
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	SSV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIÁRIO				
13	CLEXANE 40 SC 1X DIA				
17	HIDROCORTISONA 500MG EV 12/12 HR				
15	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA 18/05				
16	VANCOMICINA 1 G EV 12/12HR				
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					

VOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE

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

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	100x			
18 H	100x60	70		36,9
24 H	100x70	63		36,3

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

Administrado medicação de horário com;
verificada SSV → Tec. Grandia

06. 100x60
12H paci - não leito, imcpm, oferecido sinais vitais
Realizado cuidado dos sinais.

20 SET. 2018

Edmar de Almeida Matos
Téc. em Enf.
COREN-RR 907672-TFC

100x



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
A Voz da Pátria
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: **Armando Antonio Da Cruz**

Solicitação: 10000644

Número Interno:

Sexo: Masculino

Nasc: 26/02/1965 Idade: 53 ANO

Origem: HGR

Solicitante: FERNANDO REZENDE CRM RR 2007

Data de Emissão: 22/05/2018 21:00

Sector: BLOCO A

Lotto: 106-1

Recebimento:

Amostra: 1000064402

Resultado de Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	9.55 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	81.50 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	13.40 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.50 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	0.20 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.40 %	0.0 - 1.0 %

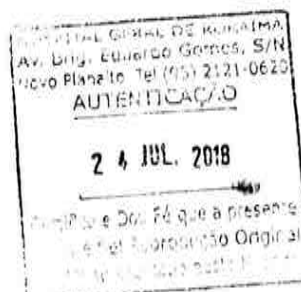
ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	2.43 x10 ⁶ /uL	
HEMOGLOBINA	7.70 g/dL	
HEMATÓCRITO	23.00 %	
VCM	94.80 ug/L	
HCM	31.70 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.40 g/dL	
RDW CV	13.60 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	59.80 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	396.00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	9.40 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	15.90	9.0 - 17.0
PCT	0.372 %	1.08 - 2.82 %

Roberta Silva Rizzo
Bioquímico
CRF-RR 713



Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

23/05/2018 09:41

Página 2 de 2

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



GOVERNO DE
RORAIMA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: Amando Antonio Da Cruz	Sexo: Masculino	Nasc: 26/02/1965	Idade: 53 ANO
Solicitação: 10000644	Número Interno:	Solicitante: FERNANDO REZENDE CRM-RR 2007	
Origem: HGR	Sotor: BLOCO A	Leito: 106-1	
Data de Emissão: 22/05/2018 21:00	Recebimento:		

Resultado do Exame

Amostra: 1000064402

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA


	Resultado	Referência
LEUCOCITOS	9.55 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	81.50 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	13.40 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.50 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	0.20 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.40 %	0.0 - 1.0 %

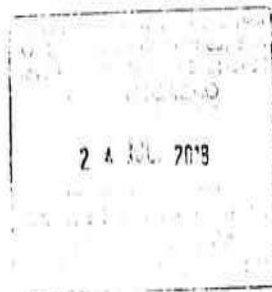
ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	2.43 x10 ⁶ /uL	
HEMOGLOBINA	7.70 g/dL	
HEMATÓCRITO	23.00 %	
VCM	94.80 ug/L	
HCM	31.70 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.40 g/dL	
RDW CV	13.60 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	59.80 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	396.00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	9.40 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	15.90	9.0 - 17.0
PCT	0.372 %	1.08 - 2.82 %


Roberta Silva Rizzo
Bioquímica
CRF-RR 713



Responsável Técnico: Ronaldo Eduardo Costa Junior - Responsável Técnico - CRF - RR 122
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório
Av. Engenheiro Eduardo Gomes, 3305 - Aeroporto
CEP: 69 310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Telefone: (95) 2121 - 0640
Email: hgrlab@yahoo.com.br

23/05/2018 09:41

Página 2 de 2



GOVERNO DE
RORAIMA



UNIVERSIDADE DE PONTA
AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS

PEDIDO DE PARECER

IDADE: _____
NOME: Amurulo Antônio da Cruz
ADE: _____ REGISTRO: _____
CCO: A ENFERMARIA: 106 LEITO: 1
FI: _____ EMERGÊNCIA: _____
DE: Antipodes PARA: Cardiologia

Dados Clínicos:

Reto Címbrio

Giroto



Dr. Fernando Rezende
MÉDICO
CRM 118.2007

21 MAR 2018

Médico

1
Data

Peso 53 anos
unif. Antipides

TA: 120/80
FC: 110
PA: 110/70
HR: 110

Flu. Wt
Peso, unif. classe I

12,05,18

Data

Dr. Marcelo Domingos P. Souza
Cardiologista
CRM 118.437
RQE 436/RQE 437
Médico

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN			
PACIENTE	ARMANDO ANTONIO DA CRUZ				
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE TIBIA				
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	53	LEITO	106-1	DATA	20/05/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h
2	AVP				manhã
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				SUSPENSO
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA				16h
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				18h
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				18h
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				18h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				18h
11	SSVV + CCGG 6/6 H				18h
12	CURATIVO DIÁRIO				18h
13	CLEXANE 40 SC 1X DIA				18h
17	HIDROCORTISONA 500MG EV 12/12 HR				18h
15	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA 18/05				18h
16	VANCOMICINA 1 G EV 12/12HR				18h
17					
18					
19					
20					
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p>					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA: MANTIDA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H	134x69	80	36 8C
18 H	94x64	63	34 2C
24 H	100x60	70	36 2C

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

06: 100 x 70 75 36
16:00 lus clisw 140 mmHg
PA: 139 x 70
F: 81
07:00 as 19:00 Ret me em quito
con fome prurico, afecido
SSVV e curativos
Lucia Gomes Rodri
Te
COREIA-AL 1001 1E
20 SET. 2018

119-3

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: Ortopedia
NOME: Amarelino Roberto Da Luz
IDADE: _____ REGISTRO: _____
BLOCO: A ENFERMARIA: _____ LEITO: 119-3
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____
DE: Ortopedia PARA: Clinica Ortopedia

Dados Clínicos:

Paciente o? de 53 anos de idade
apresenta queixas de dor no
fêmur direito (E) após trauma
sem acidentes + queda

19,05,18
Data

21 2018

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1851/RR
Médico

± CM Bloco A 22/05/18

Paciente 53a, sem comorbidades, com
fratura exposta de fêmur. Após trauma
em 19/05/18 não houve a febre.
Ao exame: BCC, WCC, SAA, creatinina, ureia, lipí-
deos + Hb. At. BENTORZOL/paracetamol. MK-Sirolimus 100mg
Hb. 9.0? TTP? - queda antepartale
- sofrimento emocional devido
- dor no O2 e dor no fêmur
Médico

Data

20 SET. 2018

Dr. Wilber Palha R. Novaes
Médico
CRM/RR 1830

106-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ARMANDO ANTONIO DA CRUZ					
AGNÓSTICO FX EXPOSTA DE TIBIA					
ALERGIAS					
IDADE	53	HAS		DM2	
ITEM		LEITO	106-1	DATA	21/05/2018
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LÍQUIDA				
2	AVP				
4	TENOXICAM 400 MG, IV, 1X/DIA				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/ELA MANHA				
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 25mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	SSV + CCGG 60mg				
12	CURATIVO DIÁRIO				
13	CLEXANE 40 SC 1X DIA				
17	HIDROCORTISONA 500MG EV 12/12 HR				
15	GENTAMICINA 40MG 1X DIA 18/05				
16	VANCOMICINA 1G / 12/12HR				
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO: COLEÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 1A: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AV. AR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DO LEITO, ATIVO, REATIVO, <i>+ Administrado medicamentos de</i> CONTACTUANTE <i>horário com venoclado</i> # EXAME FÍSICO: BEG, ACIAST, ANICTÉRICO, AFEBRIL, <i>7.00</i> EUPNEICO, NORMOCORADO H. ATADO. <i>Pa = 100 x 60</i> <i>P = 64</i> <i>T = 36,4</i> # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURIA # PREVISÃO DE ALTA: SEM					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	F	FR		
12 H	112 x 90	58	20	Tox	
18 H	107 x 68	77	30,9	26,2	
24 H	130 x 80	69	30,6	36,9	
				Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia	

21/05/18 - 18h Paciente no leito 106, verbaliza, com SVD, AVP normalizado
 USD, edm. med. - C.P.M., operado SSVU, mobilizado C/16

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
Hospital Geral de Roraima

Resumo de Alta / Laudo Médico

Paciente Abner de Souza Gomes Lins dos Santos
13 anos. Deu entrada no HGR dia 13/05/2018 com diagnóstico
Quimioterapia
foi realizado tratamento Quimioterapia

Manteve-se sob uso de antibioticoterapia + AINEs + analgesia

Apresenta melhora do quadro, em bom estado geral, sem queixas no momento, LOTE, normocardio, eupneico, normotenso. Ferida operatória sem sinais flogísticos, com boa evolução.

Recebe **alta hospitalar**

Alta Hospitalar e orientações gerais

Dr. () 24/06/2018 Dr. ()
Dr. ()

Boa Vista, 28/05/18

Eduardo Rezende
Médico em Oncologia Translacional
CRM 12.121

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Acroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR
Tel: (95)2121-0615

20 SET. 2018

106-1

119-3

PEDIDO DE PARECER

Ortopedia
Amarelo Antônio da Cruz

REGISTRO:

119

ENFERMARIA:

LEITO: 3

EMERGÊNCIA

Ortopedia

PARA: Clínica Médica

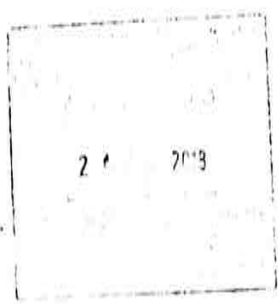
Clínica

Paciente 0º de 53 anos de idade aguardando
hipertensão baixa de fratura lateral Esquerda
presentes desconforto respiratório
para avaliação + tratamento

Dr. Odinachi Okemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 1851/RR

18, 05, 18
Data

Médico



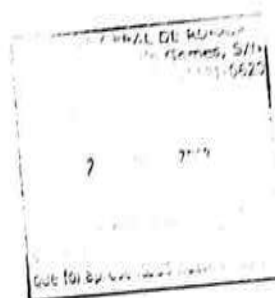
Data

Médico

20 SET. 2018

135: Análise do dia 20/05/18, administrado as medi-
cações do plantão noturno e Km do dia e durante o pla-
nho noturno não houve nenhuma intervenção
segundo as unidades de enfermagem.

Abhner de Souza Gomes Lins dos Santos
Assistente de Enfermagem
COPIL 11 000 000 000 000



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		13/05/2018		DIH		DN 26/02/1965	
PACIENTE ARMANDO ANTONIO DA CRUZ							
AGNOSTIC FX EXPOSTA TIBIAL E							
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		53		LEITO		DATA 19/05/2018	
ITEM		PRESCRIÇÃO					
1		DIETA ORAL LIVRE					
2		AVP					
3		CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS					
4		TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					
5		DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)					
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN					
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					
8		OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 COMP V O					
9		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
10		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					
11		CURATIVO DIÁRIO					
12		SSVV + CCGG 6/6 H					
13		GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (18/05/18)					
14		VANCOMICINA 1G EV 12/12HRS					
15		Levome 403 se 1x/12h					
16		MORFONA 10 mg 2x EV 8/8h					
17		Dr em mano					
18		Nid 1000 - 3x - 2/3h					
19		Nid 1000 - 3x - 2/3h					
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:

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

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

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x60	74		36.5°C
12 H	110x60	66		36.2°C
18 H	106x75	50		36.0°C
24 H	110x60	76		36.3°C

Jefferson N. Magalhães
COREN-RR 028.653 TE
MAT 44001319 SESAU RR

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1861/RR

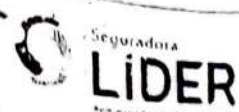
Dr. Odinachi Okemiri
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

20 SET. 2018

SUS		Sistema Nacional de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL					
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
3 - NOME DO PACIENTE				4 - SEXO Mas. <input type="checkbox"/> Fem. <input type="checkbox"/>	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				6 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - NOME DA MÃE				8 - RACIA COR	
9 - NOME DO RESPONSÁVEL				10 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
11 - ENDEREÇO (RUA Nº, BAIRRO)				12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO				16 - UF	
17 - CEP				18 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
19 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL				20 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
PROCEDIMENTOS SECUNDÁRIOS					
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				24 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				26 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				30 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
31 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				32 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO				34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
JUSTIFICATIVA DOS PROCEDIMENTOS SOLICITADOS					
35 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				36 - CID10 PRINCIPAL 37 - CID10 SECUNDÁRIO 38 - CID10 CAUSAS ASSOCIADAS	
40 - OBSERVAÇÕES					
16:00a queixa de "falta de ar", ao exame físico supracitado, normotensa, normocárdica e normoglicêmica. Instala cateter de O2 (3l/min) e colheita elerada até melhora do desconforto.					
SOLICITAÇÃO					
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE				42 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
43 - DOCUMENTO				44 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
45 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)				46 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)	
AUTORIZAÇÃO					
47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				48 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
49 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)				52 - PERÍODO DE VALIDADE DA AMAC	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)					
53 - NOME FANTASIA DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				54 - CNES	

Seguradora LIDER Administradora do Seguro DPVAT		PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: <input type="checkbox"/> DADS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) <input checked="" type="checkbox"/> INVALIDEZ PERMANENTE <input type="checkbox"/> MORTE			
Nº do sinistro ou ASI	CPF da vítima	Nome completo da vítima	
	195.524.672-68	Armando Antônio da Cruz	
REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012			
Nome completo		CPF	
Armando Antônio da Cruz		195.524.672-68	
Profissão	Endereço	Número	Complemento
Autônomo	Rua: Zedimar Saraiva Pinho	1555	casa
Bairro	Cidade	Estado	CEP
União	Boa Vista	RR	69.313-788
E-mail	Tel (DDD)		
FLORR@hotmai.com	05199154-4282		
Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).			
DADOS CADASTRAIS			
RENDA MENSAL:			
<input type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR <input checked="" type="checkbox"/> ATÉ R\$1.000,00 <input type="checkbox"/> R\$3.001,00 ATÉ R\$5.000,00 <input type="checkbox"/> R\$7.001,00 ATÉ R\$10.000,00			
<input type="checkbox"/> SEM RENDA <input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$3.000,00 <input type="checkbox"/> R\$5.001,00 ATÉ R\$7.000,00 <input type="checkbox"/> ACIMA DE R\$10.000,00			
DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA			
<input checked="" type="checkbox"/> CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)			
<input type="checkbox"/> Bradesco (237) <input type="checkbox"/> Itaú (341)			
<input type="checkbox"/> Banco do Brasil (001) <input checked="" type="checkbox"/> Caixa Econômica Federal (104)			
<input type="checkbox"/> CONTA CORRENTE (Todos os bancos)			
Nome do BANCO: _____			
AGÊNCIA: 3027	CONTA: 65719	AGÊNCIA:	CONTA:
(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)	(Informar o dígito se existir)
Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.			
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 por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):			
<input type="checkbox"/> Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou			
<input checked="" type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou			
<input type="checkbox"/> O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.			
Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.			
DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE			
Estado civil da vítima: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo Data do óbito da vítima: _____			
Grau de Parentesco com a vítima: _____ Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____			
Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Se tinha filhos, informar quantos: _____ Vítima deixou nascituro (vai nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.			
Local e Data, Boa Vista - RR - 23/01/19		TESTEMUNHAS	
Nome: Armando Antônio da Cruz		1ª Nome: _____	
CPF: 195.524.672-68		CPF: _____	
Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)		Assinatura	
Assinatura do Representante Legal (se houver)		2ª Nome: _____	
Assinatura do Procurador (se houver)		CPF: _____	
		Assinatura	

(*) A vítima/beneficiário não alfabetizado deverá escolher outra pessoa alfabetizada, maior e capaz, para preencher e assinar o presente formulário, A SEU ROGO, na presença de 2 (duas) testemunhas maiores e capazes, comprometendo-se a dar-lhe ciência do inteiro teor do conteúdo, antes do preenchimento e assinatura. NECESSÁRIO ANEXAR CÓPIA DA IDENTIDADE, CPF E COMPROVANTE DE RESIDÊNCIA DE TODOS.

	AUTORIZAÇÃO DE PAGAMENTO DE SINISTRO - CRÉDITO EM CONTA E REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS PESSOA FÍSICA - CIRCULAR SUSEP 445/17
---	---

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL**, sem rasuras, para correta análise do seu pedido de indenização. Dados incompletos ou incorretos impedem o banco de creditar o pagamento.

A conta informada precisa ser de titularidade do **BENEFICIÁRIO** ou do **REPRESENTANTE LEGAL** e deve estar regularizada, ativa, desbloqueada e sem impedimento para o crédito de indenização/reembolso.

É obrigatório Representante Legal para:

Beneficiário entre 0 a 15 anos (pai, mãe, tutor) ou o Incapaz com curador. O formulário deverá ser preenchido com os dados do Representante Legal (Pai, Mãe, Tutor ou Curador). Apenas o Representante Legal precisará assinar o formulário (no campo 2 - "Assinatura do Representante Legal").

Beneficiário entre 16 e 17 anos - Necessário que o Beneficiário seja assistido por seu "Representante Legal" (Pai, Mãe, Tutor). O formulário deverá ser preenchido com os dados do beneficiário. Necessário que o formulário seja assinado pelo menor de idade (no campo 1 "Assinatura do Beneficiário") e seu Representante Legal (campo 2 "Assinatura do Representante legal").

Número do Sinistro ou ASI

CPI da Vítima

995.524.672-68

Nome completo da vítima

Armando Antônio da Cruz

DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	Armando Antônio da Cruz	CPI titular da conta	995.524.672-68	Profissão	Autônomo
Endereço	Rua Zildimar Saraiva Pinho	Número	1555	Complemento	
Bairro	União	Cidade	Boca Vista	Estado	Roraima
E-mail	eloirrr@hotmail.com	CEP	69.313-788	Telefone (DDD)	(95)98125-9538

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Lider - DPVAT, residir no endereço acima. Segue, em anexo, cópia do comprovante de residência do endereço informado.

FAIXA DE RENDA MENSAL E DADOS BANCÁRIOS

REFUSO INFORMAR	SEM RENDA	ATÉ R\$ 1.000,00	R\$ 1.001,00 ATÉ R\$ 3.000,00
R\$ 3.001,00 ATÉ R\$ 5.000,00	R\$ 5.001,00 ATÉ R\$ 7.000,00	R\$ 7.001,00 ATÉ R\$ 10.000,00	ACIMA DE R\$ 10.000,00

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)		CONTA CORRENTE (todos os bancos)	
<input type="checkbox"/> BRADESCO (237) <input type="checkbox"/> BANCO DO BRASIL (001) <input type="checkbox"/> ITAU (341)		<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)	
AGÊNCIA NR0	CONTA NR0	AGÊNCIA NR0	CONTA NR0
(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)	(Informar dígito se existir)

Declaro que os dados bancários são de minha titularidade e, comprovada a cobertura securitária para o sinistro, autorizo a Seguradora Lider a efetuar o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, mediante o crédito na referida agência e conta. Após efetivado o crédito, reconheço e dou plena quitação do valor indenizado.

Boca Vista, 18 de Setembro de 2018

Local e Data

Armando Antônio da Cruz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

DOCUMENTO
ORIGINAL
20 SET. 2018



DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal* é obrigatório para os seguintes casos:

Casos com vítima entre 0 a 15 anos - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

Casos com vítima entre 16 e 17 anos - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Casos com vítima interdita com curador - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Armando Antônio da Cruz

CPF da Vítima

195.524.672-68

Data do Acidente

13-05-2018

REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

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:

Assinalar uma das opções abaixo:

☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou

☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Local e Data

Local e Data

DOCUMENTO
ORIGINAL
20 SET. 2018

Armando Antônio da Cruz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

p

Seguradora Lide DPVAT

www.seguradoralide.com.br

SINISTRO 3180439006 - Resultado de consulta por beneficiário

PAGUE SEGURO

Como Pagar

Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

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

VÍTIMA ARMANDO ANTONIO DA CRUZ
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 ARMANDO ANTONIO DA CRUZ
CPF/CNPJ: 19552467268

Posição em 13-02-2019 09:49:04

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, clique aqui e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Por gentileza, aguarde, em até 72 horas, entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
06/02/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
22/09/2018	Exigência Documental	

PT 19:03 13/02/2019

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT
Tel 21 3861-4600 www.seguradoralider.com.br
R. Senador Dantas 74, 5º andar
Centro Rio de Janeiro CEP 20031-205



ANEXO 1

TABELA – LIMITES MÁXIMOS PARA ACORDOS EM PEDIDOS POR INVALIDEZ PERMANENTE

Danos Corporais Previstos na Lei	Total (100%)	Intensa (75%)	Média (50%)	Leve (25%)	Residual (10%)
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambos os membros superiores ou inferiores	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de ambas as mãos ou de ambos os pés					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um membro superior e de um membro inferior					
Perda completa da visão em ambos os olhos (cegueira bilateral) ou cegueira legal bilateral					
Lesões neurológicas que cursem com: (a) dano cognitivo-comportamental alienante; (b) impedimento do senso de orientação espacial e/ou do livre deslocamento corporal; (c) perda completa do controle esfinteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica					
Lesões de órgãos e estruturas crânio-faciais, cervicais, torácicos, abdominais, pélvicos ou retro-peritoneais cursando com prejuízos funcionais não compensáveis de ordem autonômica, respiratória, cardiovascular, digestiva, excretora ou de qualquer outra espécie, desde que haja comprometimento de função vital	R\$ 9.450,00	R\$ 7.087,50	R\$ 4.725,00	R\$ 2.362,50	R\$ 945,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros inferiores	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés					
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo					
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dentre os outros dedos da mão					
Perda anatômica e/ou funcional completa de qualquer um dos dedos do pé					
Perda integral (retirada cirúrgica) do bço					

DrCalc / EasyCalc- Cálculos financeiros e judiciais pela web

<http://drcalc.net/correcao2.asp?descricao=&valor=7.087%2C5...>



Cálculo de Atualização Monetária

Dados básicos informados para cálculo

Descrição do cálculo	
Valor Nominal	R\$ 7.087,50
Indexador e metodologia de cálculo	IPCA-E (IBGE) - Calculado pro-rata die.
Período da correção	13/5/2018 a 21/2/2019
Taxa de juros (%)	1 % a.m. compostos
Período dos juros	13/5/2018 a 21/2/2019

Dados calculados

Fator de correção do período	284 dias	1,032491
Percentual correspondente	284 dias	3,249148 %
Valor corrigido para 21/2/2019	(=)	R\$ 7.317,78
Juros(284 dias-9,87756%)	(+)	R\$ 722,82
Sub Total	(=)	R\$ 8.040,60
Valor total	(=)	R\$ 8.040,60

Retornar Imprimir