



Abhner Santos  
Advocacia e Consultoria

### PROCURAÇÃO ADJUDICIA

Eu, Armando Antônio 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 Pinto Nº 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 Antônio da Cruz  
Outorgante

## 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 Zulmira 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 fevereiro de 2019.

Armando Antônio da Cruz



VALIDA 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 CERTD CAS 9761 FLS 161 LIV B-33

2 OF BOA VISTA - RR CPF

195.524.672-68 AMADEU ROCHA TRIANI

Forte Pequeno-sertanejo da Policia Civil

Diretor do IIC

1 VIA LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P.7



10

01.801.132/0002-66

Empregador

COUROS BOA VISTA LTDA.

Rua

R. D.D, 463 Q. V. LT. D. INDUSTRIAL

Município

CEP: 69.301-970

Nº

Esp. do estabelecimento

Boa Vista / RR

Cargo

Serviços Gerais

C.B.O. nº

Data admissão 21 de Agosto de 192012

Registro nº

Fls/Ficha

Remuneração especificada R\$ 622,00 (Seuscentos

e vinte e dois Reais) por mês.

Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.

X COUROS BOA VISTA LTDA

1º

2º

Data saída 31 de Outubro de 192016

Ass. do empregador ou a rôgo c/ test.

X COUROS BOA VISTA LTDA

1º

2º

CONTRATO DE TRABALHO

11

Empregador .....

Rua .....

Nº .....

Município .....

Est. ....

Esp. do estabelecimento .....

Cargo .....

C.B.O. nº .....

Data admissão ..... de 19 .....

Registro nº ..... Fls/Ficha .....

Remuneração especificada .....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

&lt;p

**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Para contato com a  
Eletrobras, informe  
o seu NÚMERO

SEU CÓDIGO

0058978-0

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ: 02.341.478/0001-42 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3

Setor: 02 - Centro da Energia e Mineração - Bloco D-1

Horário de Funcionamento: 06:00 às 22:00 horas

Atendimento ao cliente: 0800-7629990287

Site: www.eletrobras.com.br

Nº da Nota Fiscal:

001320387

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE é aplicada

pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

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

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

CEP: 69.314-788 - BOA VISTA	ROT: 7.001.11.02.630000		
DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh	DATAS DA LEITURA
Atual	16659		Atual
Anterior	16304		Anterior
Constante de Multiplicação	1,000		Próxima Leitura
Consumo Medido	355		Emissão
Consumo Faturado	355	FCAM	Apresentação

NORMA		DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Catálogo	Ligação	Número Medidor	Ponto	Endereço Fís.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	13LDB013660 1521850	1.1.1.2	281	
<b>DESCRÍPCAO DA CONTA</b>					
<b>HISTÓRICO kWh</b>					
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				
TÉRMINO SEN. TRIBUTOS:					
3 h 355 - 0,456770					

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODE SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.  
LIGUE 00007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26  
Parabéns! Até o dia 22/08/2018, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA		IMPOSTOS E OUTROS DESPESAS R\$	
Distribuição	60,82	Base de Cálculo	
Energia	60,82	Aliquota ICMS	197,90
Transmissão	97,29	Valor do ICMS	17,00%
Encargos	0,00	Valor do PIS	33,64
Tributos	4,05	Valor do COFINS	0,36

**BENEFICÍCIOS DE CONTINUIDADE**

1,74

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

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ: 02.341.478/0001-42 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO 06/2018 TOTAL A PAGAR 221,33

0058978-0

MES FATURADO 08/2018

VENCIMENTO 06/09/2018

Nº 02 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

**Seguradora  
LÍDER**  
Administradora de Seguros Privados

**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/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP<sup>1</sup> 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<sup>2</sup>**.

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

<sup>2</sup> 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 Jônio Júnior de Souza inscrito (a) no CPF/CNPJ 383.053.512- / 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 Invalides 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>
Bairro	<u>Brumis</u>	Cidade	<u>Boa Vista</u>
Email	<u>ilovrr@hotmail.com</u>	Telefone comercial(DDD)	<u>(95) 9825-9538</u>
		Estado	<u>RR</u>
		CEP	<u>69.309-209</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. Rudimor Sárcio Pinho, 1555, Unidade

OUTORGADO

NOME:	Flávia Inácio de Souza
NACIONALIDADE:	Brasileira
PROFISSÃO:	Autônoma
IDENTIDADE:	114.807.559-RR
ENDEREÇO:	Rua Antônio P. Galvão, 1832, Bauru

Pelo presente Instrumento Particular de Procuração, nomeio e constituo meu bastante procurador e outorgado, acima qualificado, a quem conto 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



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  
Ongem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP PM 029592 Data: 13/05/2018  
Delegado de Policia: Fernando Edson Olegario Gomes

DADOS DA OCORRÊNCIA

Aleto: 4º Distrito Policial

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

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: RUA CB PM LAURINDO DE ARAUJO BRAGA

Bairro: Caraná

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 )	Sexo: Feminino	Idade: 45
Nacionalidade: Brasileira		
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: UNIÃO

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 Policia 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)

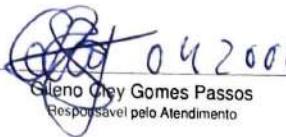
Nenhum Objeto informado

### 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/condutor 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

R09 PM 029592  
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-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DOCUMENTO  
ORIGINAL  
20 SET. 2018





**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
PÓLICIA 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 Caranã  
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)**

<b>Nome Civil: ARMANDO ANTONIO CRUZ (VÍTIMA )</b>		
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

<b>Nome Civil: ESMILDE DO NASCIMENTO CRUZ (VÍTIMA )</b>
---

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 ZILDEMAR SARAIVA DE PINHO Nº 1555  
Bairro UNIAO

<b>Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE )</b>
--

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

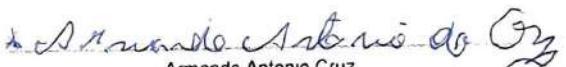
### RELATO/HISTÓRICO

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/condutor 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 CONDUTOR DA MOTOCICLETA DAFRA/ZIG 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 caro os devidos fins de ofício que sou (a) o(a) responsável pelas informações acima assentadas e penso que poderão responder civil e criminalmente pela presente declaração que de origem conforme previsto nos Artigos 332-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

19 OUT 2018

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIU



**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: Caranã
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

**EN VOLVIDO(S)**

<b>Nome Civil:</b> 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  
Bairro: UNIÃO

**Nome Civil: ESMILDE DO NASCIMENTO CRUZ (VÍTIMA )**

Nacionalidade: Brasileira  
Estado Civil: Sem Informação

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 476535-5

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: RUA ZILDEMAR SARAIVA DE PINHO  
Bairro: UNIAO

**Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE )**

Ramo de Atuação: Órgão público

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: NAO INFORMADO  
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 CLOPS 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/condutor 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 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 (a) unico(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderia responder civil e criminalmente pela presente declaração que devo assinar, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia; Calúnia e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro.



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETTRAN - RR		Nº 012735877916	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	00598885897		2017
NOME			
ESMILDE DO NASCIMENTO TAVARES			
RR			
CPF / CNPJ	PLACA		
767.299.902-87	NUH8769		
PLACA ANT / UF	CHASSI		
NUH8769 RR	95VJK4M8DEM009685		
ESPECIE TIPO	COMBUSTÍVEL		
PAS/CICLOMOTO/NÃO APPLIC.	GASOLINA		
MARCA / MODELO	ANO FAB.	ANO MOD.	
DAFRA/ZIG 50	2013	2014	
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
2P/0050CC/	PARTICU	VERMELHA	
COTA ÚNICA	VENC. COTA ÚNICA	VENC. COTAS	
1*	*****	1*	
SEGURADO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS 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			
<a href="http://www.dpvatsegurodotransito.com.br">www.dpvatsegurodotransito.com.br</a>			
SAC DPVAT 0800 022 1204			
EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO		
2017	29/09/2017		
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
01	767.299.902-87	NUH8769	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
00598885897	DAFRA/ZIG 50		
ANO FAB.	CAT. TARIF.	Nº CHASSI	
2013	8	95VJK4M8DEM009685	
PRÊMIO TARIFÁRIO			



13/05/2018



Visto por:

Rosalia

15/05/18

**BLOCO A**

... Galá da Atendimento 02 ...



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PBFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 330B - AEROPORTO

1800950018 13/05/2018 19:31:08

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

NOTURNO 19- 14

CPF 07 Prontuário

709000851910716 19552487268

Nacionalidade

IPORA DO OESTE - BRASILEIRA

SC Contato

(95) 99167-8606

Ocupação

AUTÔNOMO

Paciente ARMANDO ANTONIO DA CRUZ Data Nascimento 26/02/1965 Idade 53 A 2 M 15 D CNS 709000851910716  
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade  
IDENTIDADE 1713686 SSP/RR 14/01/1987 M SOLTERO(A)PARDA IPORA DO OESTE -  
Mãe MARIA SOARES DA SILVA País SC Contato  
Endereço DEOCLECIANO ANTONIO DA CRUZ (95) 99167-8606  
RUA - ZULDIMAR SARAIVA DE PINHO - 1555 - UNIAO - BOA VISTA - RR  
Ocupação AUTÔNOMO

Class. de Risco Piano Convênio N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal  
Motivo do Atendimento SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão  
ACIDENTE DE MOTO URGÊNCIA / Procedimento Sol. Registrado por:  
Setor SAMU CAPITAL ELIENE  
GRANDE TRAUMA

Quelixa Principal  Síndrome Febril  Sintomático Respiratório  Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem GSC TOTAL  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brdg. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Flamingo Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO

24 JUL. 2018

SADT - Exames Complementares

RAIO-X

ULTRA-SON

TC

SANGUE

PRESCRIÇÃO

Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é a original  
que foi apresentada neste Hospital  
que foi autenticada neste Hospital

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

SE 091. 100 ml 2ml/hor

fenofen 1ml ev. 500 mg 100 mg

DOCUMENTO  
ORIGINAL  
20 SET. 2018

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brdg. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Flamingo Tel (95) 2121-0620

Conduta

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

AUTENTICAÇÃO

24 JUL. 2018

Ambulatório

Observação (Até 24h)

Internação

Data e Hora da Saída/Alta: / / : :

Óbito

Antes do 1º Atendimento?  Sim

Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia não é Reprodução Original  
que foi apreendida

Destino: (Hosp) Família

IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico



1800950018

Impresso por: ellene

Data Hora: 13/05/2018 19:31:47

Software de gerenciamento de documentos  
versão 4.0.0.0 - 2018.05.10

SUS	Sistema Único da Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES		
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			4 - CNES		
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO		
Ammar. Amaro ar Guz.			m		
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO		
410191010101815319110171316			26/12/65		
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO		
Maria Soárez do Silveira			915991161718161016		
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO		
R. Zuldimar Barroso de Pinho, 1555, União			15 - UF		
Boca Ribeira			RRI		
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			16 - CEP		
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente vítima de acidente de trânsito (colisão entre carro) com consequente trauma contuso em tórax e esterno liso e partes moles.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Procedimento cirúrgico					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
História clínica, exames físicos e RX					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			21 - CID 10 PRINCIPAL		
Exposição ao fogo das chamas do fogo (E)			22 - CID 10 SECUNDÁRIO		
23 - CID 10 SECUNDÁRIO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
( ) CNS      ( ) CPF					
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
13/05/18					
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO					
Sociedade Brasileira de Radiologia e Diagnóstico por Imagem - CRM 1828/RR					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
( ) EMPREGADO      ( ) EMPREGADOR      ( ) AUTÔNOMO      ( ) DESEMPREGADO      ( ) APOSENTADO      ( ) NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR					
45 - DOCUMENTO					
( ) CNS      ( ) CPF					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
13/05/18					
48 - ASSINATURA E CARIMBO Nº DO REGISTRO DO CONSELHO					
0408050500 - 5828 - V299					
até 26-5.					



ESTADO DE RORAIMA  
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA  
HORA

EVOLUÇÃO

Armando Antônio da Cruz.

Bei vista 26/03/19.

Último Operatório

26/03/2019

- Fazendo grande complexo des OBSS (G1) /  
de forma Exquente (Vila Tibau)

Tipo de Intervenção: Tumorectomia  
Cirúrgico de Obstétrico de  
forma à Exquente e Bls da  
M.I.E. Excorrente de Pelo.

(1) Pós op. OBT sob flan aus/esc  
(2) Colocar o clipes de ferro e anel  
+ anti-próptico + Relyx de suportes externos.  
(3) adicionar longidinal em topo que  
nº pôlos 1 lateral mais 1 mesial  
longidinal em topo proximal da  
perna (E).

(4) Colocar o pont de placa 3,5mm  
para PTO.

(5) Controlar fisiolo qdo paciente falso

(6) Adutor da isquiofemoral

(7) Anest. ab + Relyx.

(8) OBSS: não utilizou sonda para drenar  
ao risco aumentar de infecção.

ASSINATURA:

Dt. Marcelo Arruda  
Ortopedista  
CRM-R 1243

Dr. Thiago Muniz  
Medico Residente  
CRM-R 2009  
Ortopedia e Traumatologia

Dr. Cláudio Sampaio  
Ortopedista e Especialista  
CRM-R 1253  
Ortopedia e Traumatologia

20 SET. 2018

*Conclusões:*

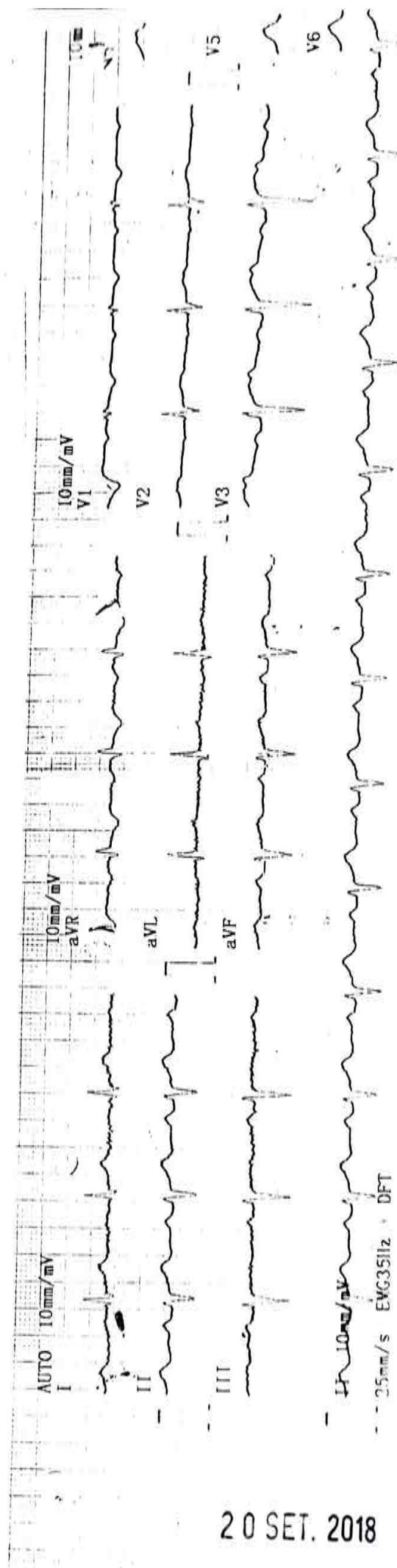
Severe left axis deviation

\*\*Repari need physician confirm\*\*

Name: \_\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_\_ kg  
 Sexo: \_\_\_\_\_ cm Peso: \_\_\_\_\_ mmHg  
 Altura: \_\_\_\_\_ mmHg  
 SYS: \_\_\_\_\_ mmHg  
 DIA: \_\_\_\_\_

H.R. bpm: 75 Intervalo PR ms: 120 ms  
 P Duration ms: 120 ms  
 QRS Duration ms: 100 ms  
 T Duration ms: 215 ms  
 QT/QTC ms: 390/438 ms  
 P/QRS/T Axis deg: 74.6/-64.1/53.5  
 R(V5)/S(V1) mV: 1.40/0.11  
 R(V5)+S(V1) mV: 1.51

10mm/mV 10mm/mV 10mm/mV  
 I aVL V3 V4  
 II aVF V5 V6  
 III V1 V2 aVR  
 aVR 25mm/mV



20 SET. 2018

Cerrado

206-02

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH.		DN	
PACIENTE		Dr. Manoel Cidêncio da C. Cidêncio			
DIAGNÓSTICO		Doença de Mallat Plus de Fibrose pulmonar			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		16/1 DATA 26/03/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Muitas
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				14
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				14
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				14:30
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				Interv.
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				(S/N)
14	CURATIVO DIARIO				Ward
15	Tico planim 600 mg (EV) 1x ao dia				(S/N)
16	Cefalotina 2g 3/3 horas (EV)				15:00 22/03/18
17	Placa m 80 mg 1x ao dia (EV)				16:00
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 UI EV AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p>Por of imediatamente plus + ortopointer com Placa m Port m fibra Esquerda</p>					
<p>20/03/2018</p>					
SINAIS VITAIS					
6 H	16.60	60		46.30	
10 H	60	60			
17 H	101 x 70	56	35.4		
24 H	100 x 60	62	36.0		
<p>MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPÉDIA E TRAUMATOLOGIA.</p>					

24/03 - Item 3, anotado neste horário.

Item 3, anotado neste horário.

Benivida Silva Ribeiro  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 90413-TEG

20 SET. 2018

Também diário que na sua vez  
apresenta alterações após voltar de  
C. Afonso SSUV Administrador  
não para seguir os cuidados  
do enfermeiro

Maria de Jesus Farias Lima  
Técnica de Enfermagem  
COREN-BR 04466-EC  
0917.059

Paciente medicado C.P.M., das 19:00h às  
22h, aferido os SSUV, paciente com queixa  
de dor intensa, administrados medicamentos  
sem prescrição médica

Beniválida Silva Ribeiro  
Técnica de Enfermagem  
COREN-BR 04466-EC



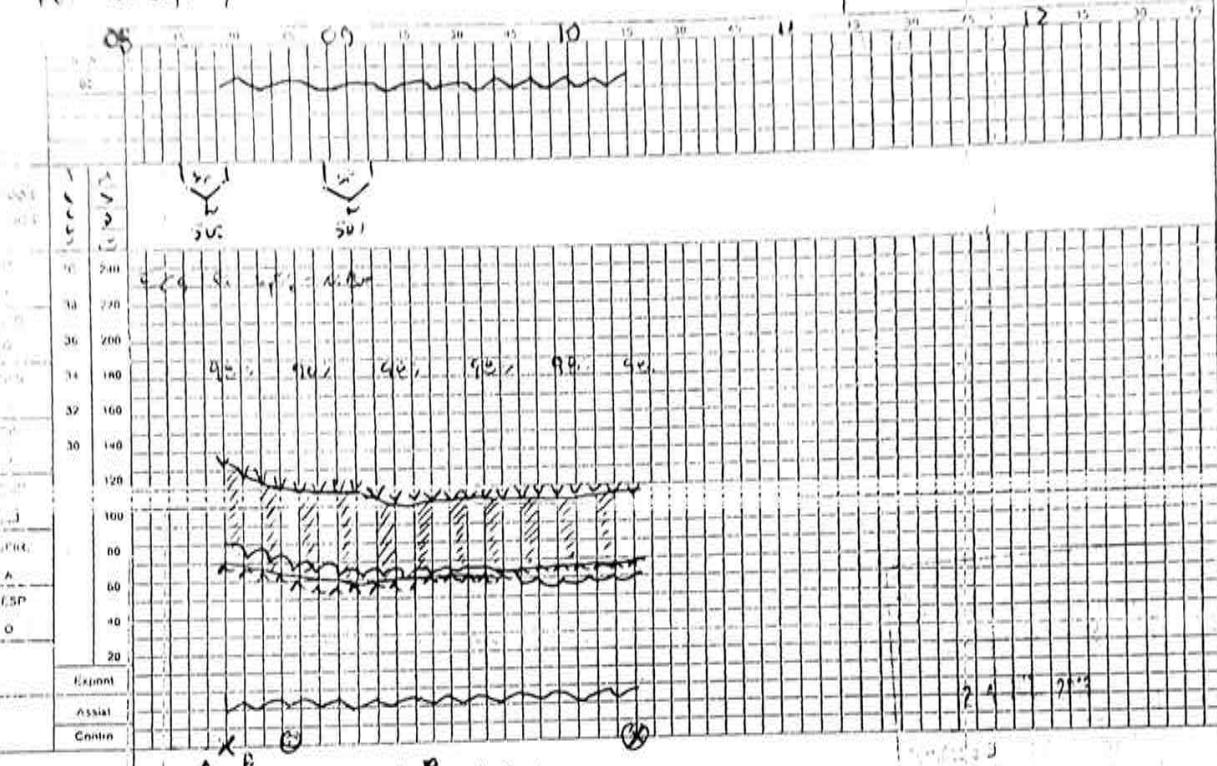


### FICHA DE ANESTESIA

ARMANDO ALESSANDRI & COMPAGNIA

1

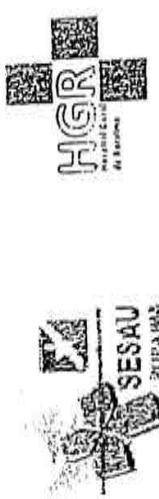
26 05 - 13



SÍMBOLOS			
AGENTES		DOSSES	
A	Buferp. 0,5%	12,5 ml	
B			
C			
D			
E			
F			
G			
CHOCO.	LÍQUIDOS%	Gástrico - Naso / Gástrico - Naso / Otraqueal - Gástrico	
HOGG		Bd - Temp - Calibre do Tubo	
SANGUE		Sob Mistura	
S 130 0,9%	1000 ml	Dificuldade Técnica: N/A	
TOTAL	1000 ml	TEMPO DE ANESTESIA: 1 h	
OPERADOR			
ANESTESIA: OSTRESS, NTSC - PILAI ITBANE (C)		Laringo - Espasmo - Paroxismo Rítmico Palidez - Respiração - Mioaxia Buleging - Vomito	
ANESTESIA: 2 MPB, 1/2 MANAS		FREQUÊNCIA SANGUÍNEA: 60-70 bat/min	
CÓDIGO: CHURGUJO		COMPLAINTAS:	
N.º Borrone / 2 MANAS			

Dra. Marisa Pinto  
Anestesiologista  
CRM/RR - 308

**SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRURGICO/SRPA**



SESQU

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		PRÉ	TRANS	PÓS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM	
Anxiety de relacionada [a] procedimentos transoperatorários [b] procedimentos pós-operatórios.	A			DC	Avaliar se paciente opereátorio	✓
Risco para infecção relacionado [a] intervenção cirúrgica [b] presença de cateter ou sondas.			✓	✓	Orientar paciente sobre o que durante a sua permanência no C.C.	
Risco para aspiração relacionado [a] estado pós-anestésico [b] imobilidade.			✓		Encaminhar paciente 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.	D				Mantener paciente coberto sem camisola	
Risco para hipotermia relacionado [a] estado de anestesia cirúrgica [b] temperatura ambiental e idade.	A		DC		Instalar monitores e oxímetro 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 poperatório.					Seguir rotina de instalação de cuidados com bisturi elétrico	
Integridade da pele prejudicada [a] cirurgia [b] queimadura.			D		Registar o volume e anotar aspecto do líquido urinário de 1/1 hora	
Mobilidade física prejudicada relacionada a estado pós-anestésico cirúrgico.					Controlar diretos frequentes nas primeiras horas de PCU	
Retenção urinária relacionada [a] diminuição do tônus da bexiga pós-anestésica.					Comunicar Enfermeiro de sanitamentos pós-incidências 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 alterações de padrão respiratório (apneia, dispneia, queda da saturação), alterações no nível de consciência.	✓
Dor relacionada [a] incisão cirúrgica [b] imobilidade.			DC		Anotar volume e aspecto das secreções traqueobronquíticas.	
Náusea relacionada [a] estado pós-cirúrgico- anestésico [b] efeito medicativo.					Observar as condições da pele em região de placa de bisturi e eletrodos com visitas a quem atende.	
Evolução de Enfermagem					Relatório de Enfermagem	✓
Uma vez que o paciente está em anestesia geral, é necessário manter a respiração e a circulação adequadas.	✓				Fazer controle da dor, proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito.	✓
Uma vez que o paciente está em anestesia geral, é necessário manter a respiração e a circulação adequadas.	✓				Mantener os artelhos com gásos e cintos.	✓
Uma vez que o paciente está em anestesia geral, é necessário manter a respiração e a circulação adequadas.	✓				Mantener as dobras elevadas.	✓
Uma vez que o paciente está em anestesia geral, é necessário manter a respiração e a circulação adequadas.	✓				Preparar paciente para alta do C.C.	

20 SET. 2018

**SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA**



卷之三



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**FEIRA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA**

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Silvana - Interno da Cruz			26/05/1	
<b>CIRURGIA</b>				
TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO			
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
Estom. de Ráta (E)	09:25	10:10		
<b>EQUIPE MÉDICA</b>				
CIRURGIÃO Dr. Júlio E. Guerreiro	ANESTESISTA:	102 Fábio		
1º AUXILIAR Dra. Ana Paula	RES. ANESTESIA:			
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
TI. DE ANESTESIA: Plevia	CIRCULANTE	Silvana e Talita		
TEMPO DE DURAÇÃO:				
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		10	FRASCOS- SORO FÍSIOLOGICO
1	PACOTES GAZE 50			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLN®
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 3.0
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	LÂMINA BISTURIN®			FIO CATGUT SIMPLES Nº
1	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
1	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
1	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº
1	SERINGA 01ML			SURGICEL
1	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO
1	SERINGA05 ML			KIT CATARATAN®
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM
1	SERINGA20ML	21.00		FITA CARDIACA
				OUTROS: PVPI Tópico Soro
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Tânia Fuk	MATERIAL MEDICAMENTOS		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SUB- TOTAL		
		TAXA DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
			SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

20 SET. 2018

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

### ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Anestesista: Mr. Vitor  
Responsável: Inturgito

PACIENTE CONFIRMOU:  
Identificação:  
1) Identificação  
2) Sítio Cirúrgico  
3) Procedimento  
Consenso: ( ) Sim ( ) Não

TIPO CIRÚRGICO  
1) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURO NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS  
CONCLUIU:

O PACIENTE POSSUI:  
ALERGIA CONHECIDA  
1) Não ( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_

RISCO DE ALÉRGIA: DIFÍCIL RISCO DE ASPIRAÇÃO  
1) Não ( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE LARDA SANGLÍNEA > 500 ml  
1) Não ( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

ALBERTO F. M. HENRIQUE  
Assinatura: Alberto F. M. Henriques  
CRM: 10718

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
1) Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

### ANTES DA INCISÃO

Anestesista: Mr. Vitor

**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:  
1) Sítio cirúrgico  
2) Identificação do paciente  
3) Procedimento

### EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

### REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, proteses 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.

1) Não ( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_  
2) Não se aplica ( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_

### 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 INSTRUMENTOS 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

( ) Não ( ) Não se Aplica

*Simone F. M. Henriques*  
Assinatura: Simone F. M. Henriques  
CRM: 10718

Assinatura e Carimbo

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

( ) Sim  
( ) Não se aplica

Assinatura: Alberto F. M. Henriques  
CRM: 10718

Data: 20/02/2019 Assinatura: Alberto F. M. Henriques  
Assinatura: Carimbo Hora: 09:00

20 SET. 2018

## PRÉ-ANESTÉSICO

Name	Ariando Antônio da Cruz			Int.	A	Linha	106-1	corr.	057
Sexo	M	Idade	53	Peso		Data	25/05/11	Cor	
Diagn. Pré OP.				Classe		Patol. Asser.			
Cir. Proposta	Fist. tibio - Tumor Cervicico								
Anest. Ant.				Sangue Tipo:	Linha	35	H. 23d	cor.	7.7 d
Alergia				Hn	24	V.		p.1.ago	
Alcool	Fluxo			Pq.	396.00	Unid.			
DROGAS:	(Corticóide, fengolazinico, hipotensor, nanzidratos, hipotensivo, digitalico, anticoagulante, diurético, antiulceros, etc., catopretor, IMAO, outros)			c. Coraj.					
Estado Mental	Consciente			Gest.					
Pescoco	Normal			Cl.					
Rx	F lavar			PLQ					
Fases				Urina:	d	pH			
Hepatograma				Examen					
Quilos				AP. gen. Ur.	livres			04	
Parceria Clínica				AP. Resp.	exp				
PA 110/60 Pulo 60	Temperatura 36.6			AP. Circ.					
Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	NOMA	AP. Prof.					
				S. Osteo. Art.					
				S. Nerv.					
				S. Endoc.					
				Est. Fis. (ASA)	X				AM. Proposta
				II					Assinatura
				III					
				IV					
				V					
				VI					
				VII					
				VIII					
				IX					
				X					
				XI					
				XII					
				XIII					
				XIV					
				XV					
				XVI					
				XVII					
				XVIII					
				XIX					
				XX					
				XI					
				XII					
				XIII					
				XIV					
				XV					
				XVI					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					
				XVIII					
				XVIX					
				XVII					

## PÓS-ANESTÉSICOS

**NA SALA DE RECUPERAÇÃO**

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PREScrição MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIIH	DN	
PACIENTE	ARMANDO ANTONIO DA CRUZ			
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE TIBIA			
ALERGIAS	HAS	DM2		
IDADE	53	LEITO	106-1	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	SF 0,9% 500ML EV 12/12H			
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA 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 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11	SSVV + CCGG 6/6 H			
12	CURATIVO DIÁRIO			
13	CLEXANE 40 SC 1X DIA			
17	HIDROCORTISONA 500MG EV 12/12 HR			
15	TEICOPLANINA 400MG EV 12/12H			
16	CEFEPIME 2G EV 8/8H			
17	Paracetamol 500mg			
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				
II PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:				
I PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	11x
12 H	110x67	85	20	36,2
18 H				
24 H				
Dr. Fernando Rezende CRM RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia				

126 PCT SEC GVR DE A/H/T/A Hospital  
Isaquel 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 TRAUMATÓLOGO				
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	5:00		
2	AVP	SUSPENSO		
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA	10:00		
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA	12:00		
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	12:18 - 21:00		
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H	12:18 - 21:00		
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	5:00		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	10:00		
11	SSVV + CCGG 6/6 H	12:20:00		
12	CURATIVO DIÁRIO	10:00		
13	CLEXANE 40 SC 1X DIA	10:00		
17	HIDROCORTISONA 500MG EV 12/12 HR	18:00 - 06:00		
15	TEICOPLANINA 400MG EV 12/12H	10:00 - 20:00		
16	CEFEPIIME 2G EV 8/8H	10:00 - 20:00		
17				
18				
19				
20				
<u>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</u>				
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 :				
II PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	110x80	68	3630	Dr. Fernando Rezende
18 H	120x80	64	36150	CRM-RR 2007
24 H	130x80	64	3617	Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	110x70	62	36,3	

Recomendação medicas de horário com exceção de 16h no dia 21/05/2018 na farmácia, verificada SSU Mima Kenjada Cdg Luz  
COREN-RR 948476-TE

20 SET. 2018

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA**

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Anestesista \_\_\_\_\_

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Karimber Andrade da Costa  
Responsável Cirúrgico Edson

PACIENTE CONFIRMOU:

( Identidade  
 Sítio Cirúrgico  
 Procedimento  
 Consentimento) ( ) Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO  
(Aplica  Não se Aplica  
exceção.)

TÍTULO DEMARCADO  
( Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica)

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
CONCLUIDA:

EXIMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM  
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA  
( Não ( ) Sim, Qual: \_\_\_\_\_)

VIA AEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO  
( Sim, e equipamento/assistência disponíveis  
 Não)

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml  
( Não ( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento  
para fluidos  
Líquido Hidratante Doroz  
Hidroalcoólico

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS  
( Sim  
 Não se aplica)

Data 13/02/2019 Hora: 21:30

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS  
( Sim  
 Não se aplica)

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

2.  REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente?

3.  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.

4.  SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  
( Sim ( ) Não)

5.  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)

**SAINTE** (**Sala Pós Operatória**)

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

1.  O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

2.  SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

3.  COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)  
( Não se Aplica)

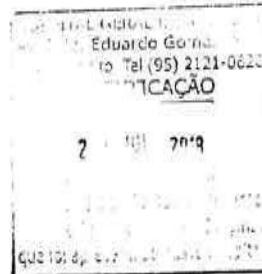
4.  SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO  
( Sim ( ) Não)

5.  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)

Sebastião Souza - 84341-111  
Assinatura e Carimbo

20 SET. 2018

IBS: As 18:00 do dia 27/05/18, administrei as medicações no plantão diurno e PM do dia e durante o plantão diurno não houve nenhuma intercorrência e segue abaixo  
Assinante de Souza Araújo //  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 000 461 072





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

"América Latina é dos Brasileiros"

Arnaldo Antônio da Cunha, 53a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FICHA DE ANESTESIA

13/05/18

ir Noga HPP

Noga Algin.

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTACOES											
			15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	
A	20	Regional testa lombos 234	x - Check Lesi Anestesico OK											
B	02	Hiperbárica agulha 25G de	1 - AUP + Monitor											
C		Quink mediana	2 - CN O <sub>2</sub> 20/min											
D		Ventilação da traqueia ambiente	3 - Assepsia e antisepsia + luva											
E		respiração espontânea (C)	estéril em reg. lombos.											
F		(CN O <sub>2</sub> 28/min)	4 - Respiradestesia w Bup. urca											
G			15											
GLICOSE	LÍQUIDOS		5 - Cefotetina 2g EV.											
NDCC			6 - Cefadrina 500 EV.											
SANGUE														
500 ml. 2500														
TOTAL	2500													
OPERAÇÃO	osteosíese : tratamento cirúrgico de													
	fratura exposta na ferma (F).													
ANESTESIA	CÓDIGO	DRURGIO												
DR Michel		DR Joaquim												
DR Holder SLZ		DR GLO FR.												
RL BRUNO														
Michel M. Moura														
Médico Anestesiologista														
CRM RR 1.03														

Laringo - Espasmo - Excesso Seco  
Decr. - Desaparecimento - Moco  
"Bucking" - Vômito

Hemorragia - Arritmia  
Bradí - Taquicardia - Choque

PERDA SANGUÍNEA

DATA DE ESCRITA: 20 SET. 2018  
Pelo que o presente  
realização em  
200 níveis

20 SET. 2018



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE

*Bomérgencia*

sala 01

DATA DA MATERIAIS CONSUMIDOS

4 CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	83a) APTO URG.	Nº DO PROTOCOLO	DATA
Dimas Antônio da Cruz	GT	Nº	13 / 05 / 18

Fratura e Fixador Externo p/  
Fratura de Tibia E

1100

TEMPO DE DURAÇÃO

INICIO 21:50 FIN 23:10

TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

IRURGIÃO

Dr. older Soares

ANESTESISTA:

Dr. Michel  
R. Fálder / RI Bruno

1º AUXILIAR

RES. ANESTESIA:

Jairo

2º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR

CIRCULANTE

Kelly / Gilberto

TIPO DE ANESTESIA

Raque

TEMPO DE DURAÇÃO:

	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VAL
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		10 36 FR	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500 ml SF 0,9% & 50 ml	
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7,0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7,5			FIO VICRYLN®	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8,0		17	FIO MONONYLON N° 0	
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8,5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (Par)			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURIN® 11 1/2 ; 24 1			FIO CATGUT SIMPLES N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX N°		1	FIO PROLENE N° 18	
<input checked="" type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE N°		7	FIO SEDA N° 18	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 01ML			SURGICEL Atadura 30 cm	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA03ML			CERA P/ OSSO	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA05 ML		1	KIT CATARATAN® Catutir O2	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML			GEOFOAM Exovitra plástica	
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA20ML			FITA CARDIACA	
<input checked="" type="checkbox"/>	Óleos		150ml	OUTROS: Cloroxidina Alcoólica	

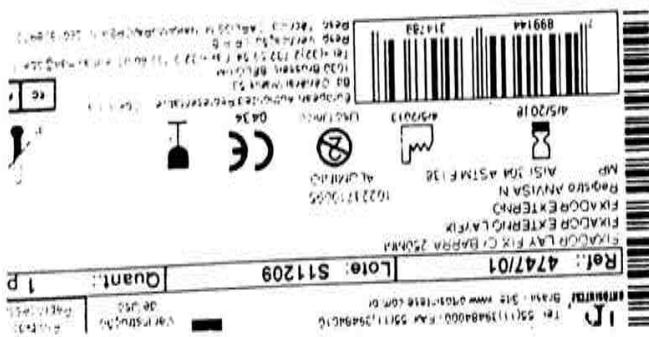
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE
<i>Jairo</i>	<i>Bia.º Gabriela</i>
	<i>Bia.º solange</i>

FUNCIONÁRIO/CALCULOS CIRCULANTE DE SALA

DEBITAR NA C.C DO PACIENTE

VAL



21 SET. 2018



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



### Resultado de Exames

Paciente:	ARMANDO ANTONIO DA CRUZ	Sexo:	M	Nasc:	26/02/1965	Idade:	53A
Exame:	20269017	Setor:	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

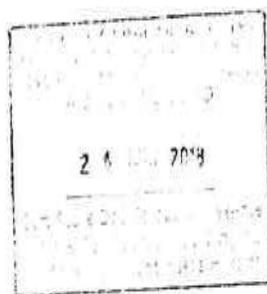
Material: Sangue Total

Método: Automatizado Mindray BC-5380

Leucograma	Referência
LEUCOCITOS	4.00 - 10.00
NEUTROFILOS	50.0 - 70.0
LINFOCITOS	20.0 - 40.0
MONOCITOS	3.0 - 12.0
EOSINOFILOS	0.5 - 5.0
BASOFILOS	0.0 - 1.0

Eritrograma	Referência
ERITROCITOS	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	37.0 - 54.0
VCM	80.0 - 100.0
HCM	27.0 - 34.0
CHCM	32.0 - 36.0
RDW CV	11.0 - 16.0
RDW SD	35.0 - 56.0

Plaquetograma	Referência
PLAQUETAS	150 - 400
VPM	6.5 - 12.0
ADP	9.0 - 17.0
PCT	1.08 - 2.82



Monna Kelly C. de Magalhães

Farmacêutica Bioquímica  
CRF-RR 368

### PRÉ-ANESTÉSICO

Nome _____	End _____	Endo _____	Serv. _____
Sexo _____ Cm. _____ Idade _____	Peso _____	Alt. _____	Classe _____ Data _____ / _____ / _____ Hora _____
Diagn. Fisi. OF _____	Patologias _____		
Cm. Proposta _____			
Anest. Anl. _____			
Alergia _____			
Alcool _____ Fumo _____			
DROGAS: (Anfetínicos, sedativos, hipnóticos, narcóticos, hipóticos, digitálicos, anticoagulante, diurético, antiártico, sulfato, cocaína, MAO, outros)			
Estado Mental _____	Boca _____		
Perceção _____	Volas _____		
RX _____			
Feces _____			
Hepatograma _____			
Outros _____			
Parceria Clínica _____			
PA _____	P脉 _____	Temperatura _____	
Medicação Pré-Anl.	DOSE	VIA	HORA

Sangue tipo \_\_\_\_\_ Leuc. \_\_\_\_\_ Hb. \_\_\_\_\_ Ht. \_\_\_\_\_  
Hm. \_\_\_\_\_ Ir. \_\_\_\_\_ Is. \_\_\_\_\_ p. Liso. \_\_\_\_\_  
r. Coag. \_\_\_\_\_ Pg. \_\_\_\_\_ Uréia. \_\_\_\_\_  
creat. \_\_\_\_\_ Glc. \_\_\_\_\_ Na. \_\_\_\_\_ mEq/l  
Cl. \_\_\_\_\_ mEq/lk. \_\_\_\_\_ pH. \_\_\_\_\_ pCO2. \_\_\_\_\_  
pCO2. \_\_\_\_\_ BA. \_\_\_\_\_ BB. \_\_\_\_\_ BS. \_\_\_\_\_ BE. \_\_\_\_\_  
URINA: d. \_\_\_\_\_ pH. \_\_\_\_\_ glic. \_\_\_\_\_ Alb. \_\_\_\_\_  
Sedim. \_\_\_\_\_  
Ap. gen. Urf. \_\_\_\_\_  
AP. Resp. \_\_\_\_\_  
AP. Circ. \_\_\_\_\_  
AP. Dig. \_\_\_\_\_  
S. Osteo - Art. \_\_\_\_\_  
S. Nerv. \_\_\_\_\_  
S. Endoc. \_\_\_\_\_

Est. Fis. (ASA) \_\_\_\_\_ AN. Proposta \_\_\_\_\_  
NB. \_\_\_\_\_

Assinatura

### PÓS-ANESTÉSICOS

#### NA SALA DE RECUPERAÇÃO

Data 4/02/17 Hora 00:00.

Urgo adrete de 10

Alta Bruno Henrique Paroz  
Residente Anestesiologia  
CRM-FR 1403

Assinatura

#### NA ENFERMARIA

Data \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ Hora \_\_\_\_\_

PROJUDI - HOSPITAL DE MOBIM  
Av. Brig. Eduardo Gomes, 511  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO

24 JUL. 2018

Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fidel Reprodução Original  
que foi apresentado 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	Selar:	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

		Referência
PROTEINA C REATIVA - PCR	91,12 mg/dL	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			
MAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE TIBIA			
ALERGIAS	HAS		DM2	
IDADE	53	LEITO	106-1	DATA 25/05/2018
ITEM	PREScriÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5:30
2	AVP			MANHÃ
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			SUSPENSO
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA			06:00
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			8/8H
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H			12:15
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			10:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			10:00
11	SSVV + CCGG 6/6 H			10:00
12	CURATIVO DIÁRIO			CURATIVO
13	CLEXANE 40 SC 1X DIA			16:00
17	HIDROCORTISONA 500MG EV 12/12 HR			16:00
15	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA 18/05			16:00
16	VANCOMICINA 1 G EV 12/12HR			16:00
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 :				
II PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
SINAIS VITais				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x80	54	-	35.6i
18 H	90x50	73		36
24 H	120x70	54	-	36.5°C
1/05	06:00	120x80	66	36.4°C

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

Geanária dos Santos Pereir  
Técnica Enfermagem  
COREN-PI 151.380-TEC

18h posso fá o resto da pmi, operação  
de ventilação, acolhendo cuidados  
sociais

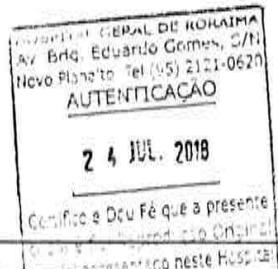
Edmar de Souza Matos  
Técnico Enf  
COREN-PI 901679-TEC



Médico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
R: 06 - Foi emitido Rx no momento do  
sítio de sangue para exames laboratoriais  
exames de calcígio no horário, 15:00.  
11/02/2019. Paciente informou os  
exames de sangue para  
exames laboratoriais.  
18/02/2019. Rx no dia 13:00.  
Coleta de sangue para  
exames laboratoriais.  
Foi administrado medicamento Mínia Kení da C. da UZ  
Téc. em Enfermagem COREN-RR 948476-TE  
para o paciente no horário CRM, novo  
medicamento administrado na UVE.

Rainha Marcelle de S. Campello  
Téc. Enfermagem  
Coren-RR 903.942

Médico \_\_\_\_\_ Data \_\_\_\_\_  
06/02 - Paciente medicado CRM, novo  
administrado item "8" novo item na  
medicação conforme informação da  
farmácia, aforade os ATU.



Benivalda Silva Ribeiro  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 948476-TEC

Dados Clínicos:

DE:

UTI:

EMERGÊNCIA:

LEITO:

ENFERMARIA:

REGISTRO:

IDADE:

NOME:

UNIDADE:

PEDIDO DE PARCEIRO

AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
ESTADO DE RORAIMA



119-3

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

DATA DE ADMISSÃO DIH DN

PACIENTE *Carmen A. do Cruz*

DIAGNÓSTICO *E. Tela* (E)

ALERGIAS

IDADE

ITEM PRESCRIÇÃO

1	DIETA ORAL LIVRE	SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO SF 97. SW 01 8/8h CV	1/2/96 14
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	1/2/96 12
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	1/2/96 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)	Ranina
10	SSVV + CCGG 6/6 H	SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG	reduzir
14	CURATIVO DIARIO	1/2
15	<i>Uranil 40g 1x10ml SE</i>	
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 CV + AVISAR PLANTONISTA	
19		
20		

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

*Automedizado*

21 SET 2018

*Dr. Marcelo ...  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1918/RN*

SINAIS VITAIS	PA	FC	TR	T
6 H	18x63	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 do Roraima  
Laboratório de Análises Clínicas  
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"



### Resultado de Exames

Paciente: ARMANDO ANTONIO DA CRUZ  
Requisição: 20267264  
Origem: HGR

Sector: GT  
Leito: VERMELHA

Sexo: M Nasc.: 26/02/1965 Idade: 53A  
Coleta: 14/05/2018 04:22:46  
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 <sup>3</sup> /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 <sup>6</sup> /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 <sup>3</sup> /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  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Evolução Interdisciplinar

DATA  
HORA

14/02/19

## EVOLUÇÃO

# Vascular.

8:30h / Paciente vítima de acidente automobilístico com grave fratura em perna esquerda (fratura exposta da tibia e fibula), semelhante submetido a fixação interna pelo ortopedista na maciça.

No momento o paciente encontra-se com dor a mobilização e queixas de pressão. Mobilizações dolorosas e facilmente. Temperatura do pé preservada. Pulso pediorio 3+/-+. Não palpo tibial posterior (olímpia? lesão?). De qualquer forma, não há indicação de intervenção pela vascular no momento. Oriento aquecimento passivo e afastar ortopedico. Iniciar profilaxia p/ TVP c/ dексане 40mg ainda hoje.

BB  
Dr. Bruno M. Calafé  
Clínica Vascular  
CRM-RR 1748

DATA	14/02/19
HORA	08:30h
NOTA CLÍNICA	
ANEXOS	

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			AMANHÃ 16:00
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			SUSPENSO
5	OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA			(C)
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			(C)
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H			21X/10/06
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			(C)
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			(C)
11	SSVV + CCGG 6/6 H			(C)
12	CURATIVO DIÁRIO			(C)
13	CLEXANE 40 SC 1X DIA			(C)
17	HIDROCORTISONA 500MG EV 12/12 HR			(C)
15	GENTAMICINA 240 MG 1X DIA 18/05			(C)
16	VANCOMICINA 1 G EV 12/12HR			(C)
17	Comunicação ao Hemônico e Judiciário (CV)			I II 10:00
18				Visto na lá
19				Hemovigilância
20				
<b>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</b>				
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	100 X 60	61	-	36,2°C
18 H	103 X 65	60		36,7°C
24 H	102 X 66	62		36°C
Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia				

12h: Paciente se sente. Foi feito concreto para fixar o membro. Fazendo AVP com jato 16  
e díbuco com soro adm m/CPM. Realizado AVP com jato 16

Rosângela Delmi  
Tec. em Enfermagem  
COREN-RR 66-

**TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE**

ATA 24/05/18

NOME: Armando Antônio da Cruz  
Nº DA BOLSA: 0119180926020 VOLUME: 315 ml  
BOLSA ABO: O FATOR Rh: +  
PACIENTE ABO: O FATOR Rh: +

SINAIS VITIAIS:

INÍCIO: 8:30 hs T: 35,2°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: Marcos  
Ass. Enfermeiro: JLBB

**TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE**

ATA 24/05/18

NOME: Armando Antônio da Cruz  
Nº DA BOLSA: 0119180926038 VOLUME: 292 ml  
BOLSA ABO: O FATOR Rh: +  
PACIENTE ABO: O FATOR Rh: +

SINAIS VITIAIS:

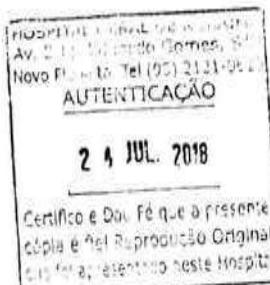
INÍCIO: 10:00 hs T: 35,6°C PA: 103x66 P: 63 FR: 20  
MEIO: 10:35 hs T: 35,6°C PA: 104x71 P: 60 FR: 20  
FIM: 11:30 hs T: 36,2°C PA: 100x60 P: 61 FR: 20

Ass. Téc. de Enfermagem: Marcos  
Ass. Enfermeiro: JLBB

Enfermeira  
COREN/RR 375.127  
Visto  
Hemov.

24/05/18

13/19hs  
Paciente medicado  
apenas SSUU  
Eduardo Henrique Spiegel  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN/RR 361219 - AUT

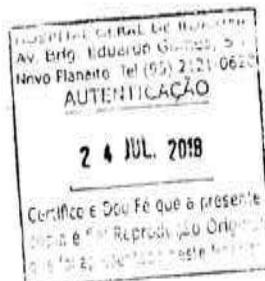


Muito Paciente proveniente de trauma. 18hs. Ac  
medicações CPm. Aferindo SSVU segue os cuid  
dos da enfermagem.

Souza Araujo  
Técnico Enfermeiro  
COPASER Mato Grosso - MT

VBS. Anotação dia dia 18/05/18, administrados as medicaçõ  
des plantões matutino e PM dia, e às 22:30 dia dia 17/0  
procedido AVP foi colocado falso 18 mm m 5D e ferme  
nha do hospital, durante o plantão matutino não hou  
ve alguma intercorrência e segue aos cuidados da en  
fermagem.

Souza Araujo  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-MT 000 461 072





S P M

ARMANDO ANTONIO da CUNHA

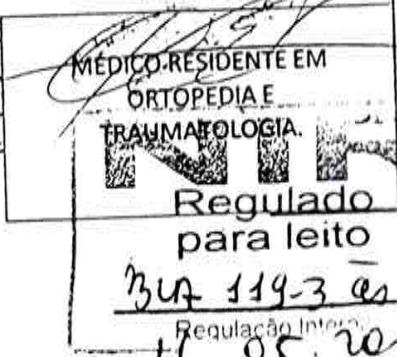
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		PREScrição MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ARMANDO ANTONIO da CUNHA	LEITO	DATA	6.05.2018	
DIAGNÓSTICO		HAS	DM2		
ALERGIAS		LEITO	DATA	6.05.2018	
IDADE		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
ITEM	DIETA ORAL LIVRE				SN D.O.
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	819 horas (EV)			14-22-10
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				12-24
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				12-24
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				SN 06/05/2018 16:00
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)				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 + CCCG 6/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG				
14	CURATIVO DIARIO				10:00
15	Toracoplastia 400mg EV 8/8h 10/10 horas				16-24-00
16	Cefalotina 2g EV 8/8 horas				14
17	Plastisol 40ml 8c 8x800cc				
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
19	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
20	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:



16-SSVV 15/04/11.  
PA: 94 X 61 mmHg  
F: 86 bpm  
T: 35,4°C

SINAIS VITAIS	T	P.A	F	O2/SpO2
6 H	36.0	123X76	87.	
12 H	37.6	94X55	86	850mL
18 H				
24 H	37.2	98X65	85	800mL



16/05/18  
T: 36,3  
PA: 118X63  
F: 73  
D: 110cm

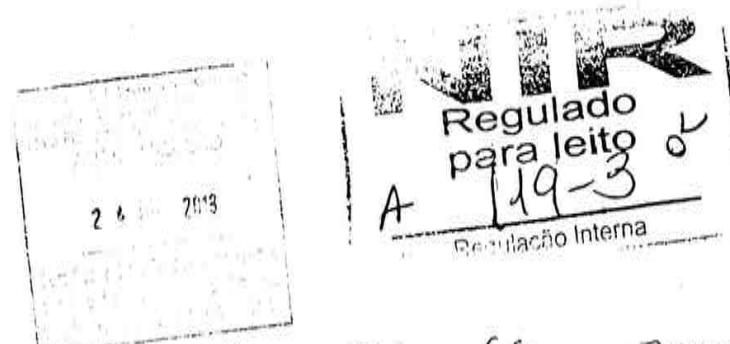
16/05/18  
T: 36,3  
PA: 115X62  
F: 72  
D: 110cm

20 SET. 2018 16.05.2018

119-3

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR
		PRESCRIÇÃO MÉDICA		
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	ARMANDO A DA CEFUZ			
DIAGNÓSTICO	Fratura tibial			
ALERGIAS		HAS	DM2	
IDADE		LEITO	DATA	17/5/18
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			mante
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			18h p.m.
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			18, 24h p.m., 10h
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			S/N 10
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)			
10	SSVV + CCGG 6/6 H			rotina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG			S/N
14	CURATIVO DIARIO			M
15	Dr. Marcelo Murques Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 10160HRR			
16				AO BLOCO
17				atmífera
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	P.p	Tax	FC	Durada
6 H	100x60	83	7	363
12 H	92x55	36.2	8.5	300 ml
18 H	118/70	36.8C	78	
24 H	90x50	86	36.5C	

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E,  
TRAUMATOLOGIA.

Assinatura de: Dr. Marcelo Murques  
CRM: 10160HRR  
Data: 26/02/2018  
Av. Presidente Kennedy, 1000 - Centro  
Cidade: Boa Vista - RR - CEP: 69010-000

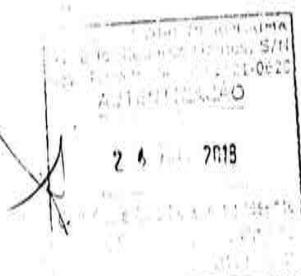
PA = 103x67 URG: Ás 21:30 trocado o AVPfrei c/uscad  
FC = 80 mmHg 50 felco (8 e formolinha do hospital)

20 SET. 2018

ARMANDO ANTONIO DA CRUZ 14/05/2018

dh

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		HGR	
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		de Roraima	
PRESSCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Comando Militar do Brz		
DIAGNÓSTICO	F+ tibial (E)		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	14/05/18
ITEM	PREScrição		
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	Fetu	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H (Anapresina)	-	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H	12-18	
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N	S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	RO	
10	SSVV + CCGG 6/6 H	S/N	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMHG	RO	
14	CURATIVO DIARIO	Rural	
15			
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
19			
20			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			



Dr. Marcos Aguiar  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1895

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX	dxto
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	100+53	98	36.7°C	115

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

24 h - diurese - 1.000 mL  
6 h - diurese 1.300 mL  
13:00 - 500 mL  
24h - PA 89x41mmHg  
Fe 91 bpm  
06h - PA 89x41mmHg  
Fe 91 bpm  
127...130

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

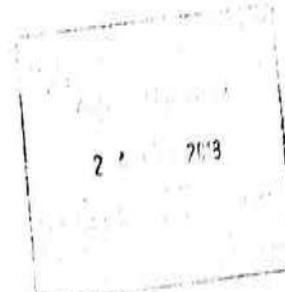
Paciente	ARMANDO ANTONIO DA CRUZ	Sexo	M	Nasc.	26/02/1965	Idade	54
Requisição	20269017	Setor	BLOCO A	Celula	18/05/2018 13:02:16		
Origem	HGR	Leito	119.3	Emissão	18/05/2018 15:31:29		

### Coagulograma

Método: Coagulômetro Automatizado

Material: Plasma

		Referência
Tempo de Protrombina	11,20 s	10 - 14
Atividade Enzimática	123,00 %	70 - 100
RNI	0,93	0,8 - 1,20 ( Aceito 2,0 - 3,0)
TTPA	27,60 s	24 - 40
Ratio	0,96	

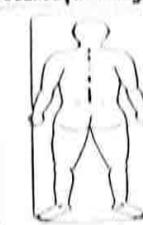
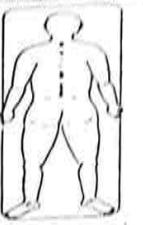
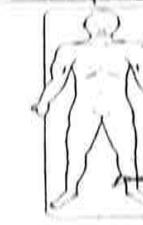
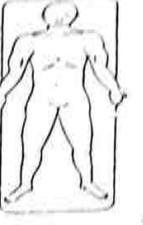


Monna Kelly C. de Magalhães

Farmacêutica Bioquímica

CRF-RR 308

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HCR	Protocolo nº 1   Versão 06 Atualizado: Janeiro / 2015 ENF/LEITO: (06) 3	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
---	--	---	---------------------------------------

Nome: Arnaldo Antônio da Cruz			
DATA: 20/02/2018	Localização / Região: M/L	DATA:	Localização / Região:
□ GRAU - I		□ GRAU - I	
□ GRAU - II <input checked="" type="checkbox"/> 7		□ 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 type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra:		
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm	Largura _____ cm	Comprimento _____ cm
Prolundidade _____ cm	Profundidade _____ cm		
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input checked="" type="checkbox"/> sutura + pelos <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"/> Ganguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo		
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <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		
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <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"/> 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"/> Cloroxidina 0,5% <input type="checkbox"/> Cloroxidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Cobertura primária (Contato direto na lesão):	Gaze <input checked="" type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/>	Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____	Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/>
Hora do curativo:	□ Manhã <input checked="" type="checkbox"/>	□ Tarde <input type="checkbox"/>	□ Manhã <input type="checkbox"/> □ Tarde <input type="checkbox"/>
Data da Próxima troca:	Diárias		
Em caso de + de 24hs:			
Carimbo e ass. em Enfermagem	01 Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247.478 - 11	02- 	01-  02-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	OBS:		
			

Este 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 11/02/18 O.S. \_\_\_\_\_

Amorim Ataíde m Cint!

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Sinovite articular da coxa p/ cintura (R)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Intervento cirúrgico de fixação luxada nos ossos

TIPO DE INTERVENÇÃO: Luxo articular

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: O

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O membro

CIRURGÃO: Dr. Elder Soares

1º AUXILIAR:

LEIA E ASSINE O BOLETIM OPERATÓRIO

AV. EDR SOARES - NOVO HAMBURGO - RS - 92105-000

AUTENTICO

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA:

26/02/2018

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESIA:

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_

ANESTÉSICO:

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1º) Fiz exame de RX das articulações e revelou luxação da coxa direita.  
2º) Medicamento para aliviar o desconforto e desinflamar.  
3º) Realizei luxo articular e reduziu.  
4º) Fixei com fixação fixa com duas placas de 8x10cm cada.  
5º) Coloquei um enxerto de tendão de Achilles (tendo calcaneo) para reforçar o ligamento cruzado anterior.  
6º) Coloquei um enxerto de tendão de Achilles (tendo calcaneo) para reforçar o ligamento cruzado anterior.

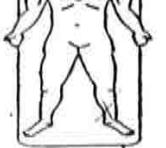
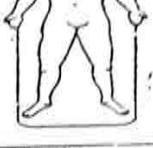
7º) CURA:  
8º) As 61ªs suturas na articulação sacroiliaca.

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

20 SET. 2018

**Acompanhamento das Férias**  
**Comissão de Curativo - HGR**

Protocolo nº:	Versão: 06	Data da Elaboração:
Atualizada: Janeiro / 2015		Fevereiro 2013
<b>ENF/LEITO:</b> (06-2)		

Nome: <i>Leila da Silva</i>		Data: <i>06/06/2018</i>	
DATA:	Localização / Região		Localização / Região
	<input type="checkbox"/> GRAU - I		
<input type="checkbox"/> GRAU - III		<input type="checkbox"/> GRAU - IV	
Etiologia:	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oneuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra:		
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm	Largura: _____ cm	Comprimento _____ cm
Profundidade: _____ cm	Profundidade _____ cm		
Aparência do Leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		
Qualidade de Exsudato:	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		
Tipos 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"/> Purulento
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
Odores:	<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 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 type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4%	<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <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: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã	<input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã
Data da Próxima troca:			
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <i>Carolina Prado F. da Silva</i> <i>Colégio Estadual de São Paulo</i> <i>COFEN-RR 934-F-31</i>	02- <i>Renato Silva Rodrigues</i> <i>Aux. de Enfermagem</i> <i>COFEN-RR 935-F-31</i>	01-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	02-		
OBS:	OBS:		
24/06/2018			

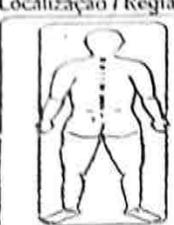
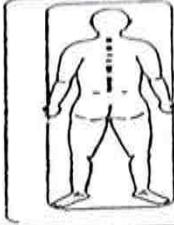
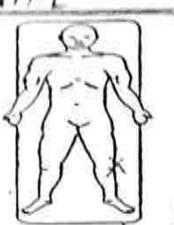
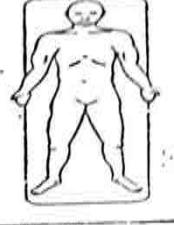
**Obs:** documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Convatec, Solutions Programs.  
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

20 SET. 2018

Relatório de Exame  
de Documentação Médica  
do Requerente

TRANSMISSOR				Transito	Salida S.O.	Chirurgia Realizada	Anestesia Realizada
União da Socia	União da Guincha	Aparência	Normal	Normal	Saída		
20/10/2018	21:50	2°	20	23:10			
Chirurgia Realizada	Anterior de			Pedícula reto			
Fixador EX	Fixador EX						
de Fratura Tibia	de Fratura Tibia						
Hidroretinopatia	Hidroretinopatia						
Infundíbula	Infundíbula						
SP = 0,9% (ONC)	SP = 0,9% (ONC)						
Outros:	Outros:						
Nº de Comunicação direta/direta:	Nº de Comunicação direta/direta:						
Nº de Comunicação recíproca:	Nº de Comunicação recíproca:						
Envolvimento:	Envolvimento:						
SAT 90%	SAT 90%						
Levêque	Levêque						
RCG 1,0cm	RCG 1,0cm						
Materiais na SOCIETÀ (1) Reta X				Entrada			
1.0 cm x 10 cm				EV	CH	SING	Oráculo
Entrada							
2.0 cm x 10 cm							
Entrada							
3.0 cm x 10 cm							
Entrada							
4.0 cm x 10 cm							
Entrada							
5.0 cm x 10 cm							
Entrada							
6.0 cm x 10 cm							
Entrada							
7.0 cm x 10 cm							
Entrada							
8.0 cm x 10 cm							
Entrada							
9.0 cm x 10 cm							
Entrada							
10.0 cm x 10 cm							
Entrada							
11.0 cm x 10 cm							
Entrada							
12.0 cm x 10 cm							
Entrada							
13.0 cm x 10 cm							
Entrada							
14.0 cm x 10 cm							
Entrada							
15.0 cm x 10 cm							
Entrada							
16.0 cm x 10 cm							
Entrada							
17.0 cm x 10 cm							
Entrada							
18.0 cm x 10 cm							
Entrada							
19.0 cm x 10 cm							
Entrada							
20.0 cm x 10 cm							
Entrada							
21.0 cm x 10 cm							
Entrada							
22.0 cm x 10 cm							
Entrada							
23.0 cm x 10 cm							
Entrada							
24.0 cm x 10 cm							
Entrada							
25.0 cm x 10 cm							
Entrada							
26.0 cm x 10 cm							
Entrada							
27.0 cm x 10 cm							
Entrada							
28.0 cm x 10 cm							
Entrada							
29.0 cm x 10 cm							
Entrada							
30.0 cm x 10 cm							
Entrada							
31.0 cm x 10 cm							
Entrada							
32.0 cm x 10 cm							
Entrada							
33.0 cm x 10 cm							
Entrada							
34.0 cm x 10 cm							
Entrada							
35.0 cm x 10 cm							
Entrada							
36.0 cm x 10 cm							
Entrada							
37.0 cm x 10 cm							
Entrada							
38.0 cm x 10 cm							
Entrada							
39.0 cm x 10 cm							
Entrada							
40.0 cm x 10 cm							
Entrada							
41.0 cm x 10 cm							
Entrada							
42.0 cm x 10 cm							
Entrada							
43.0 cm x 10 cm							
Entrada							
44.0 cm x 10 cm							
Entrada							
45.0 cm x 10 cm							
Entrada							
46.0 cm x 10 cm							
Entrada							
47.0 cm x 10 cm							
Entrada							
48.0 cm x 10 cm							
Entrada							
49.0 cm x 10 cm							
Entrada							
50.0 cm x 10 cm							
Entrada							
51.0 cm x 10 cm							
Entrada							
52.0 cm x 10 cm							
Entrada							
53.0 cm x 10 cm							
Entrada							
54.0 cm x 10 cm							
Entrada							
55.0 cm x 10 cm							
Entrada							
56.0 cm x 10 cm							
Entrada							
57.0 cm x 10 cm							
Entrada							
58.0 cm x 10 cm							
Entrada							
59.0 cm x 10 cm							
Entrada							
60.0 cm x 10 cm							
Entrada							
61.0 cm x 10 cm							
Entrada							
62.0 cm x 10 cm							
Entrada							
63.0 cm x 10 cm							
Entrada							
64.0 cm x 10 cm							
Entrada							
65.0 cm x 10 cm							
Entrada							
66.0 cm x 10 cm							
Entrada							
67.0 cm x 10 cm							
Entrada							
68.0 cm x 10 cm							
Entrada							
69.0 cm x 10 cm							
Entrada							
70.0 cm x 10 cm							
Entrada							
71.0 cm x 10 cm							
Entrada							
72.0 cm x 10 cm							
Entrada							
73.0 cm x 10 cm							
Entrada							
74.0 cm x 10 cm							
Entrada							
75.0 cm x 10 cm							

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

Nome: LEMANZO ANTONIO DA CRUZ			
DATA: 21/02/15	Localização / Região: M/F	DATA:	Localização / Região
<input type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input type="checkbox"/> GRAU - II		<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 Prolundidade _____ 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	
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	
Dor:	<input 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 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	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	
Perilesional:	<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	<input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
Solução para limpeza	<input 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 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 type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca:	DIÁDIO		
Em caso de + de 24hs			
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- Bruno S. Pereira Técnico em Enfermagem COREN-RR 818.356	02- ANA	01- _____
Censo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:	OBS:		
<p>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.</p>			

<b>HGR</b> Hospital Geral de Rio Branco	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HGR</b>	Protocolo nº 1	Versão:06	Data da Elaboração: Janeiro 2015
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 106 - 1		

<b>Nome:</b> Armando Antônio da Cruz				
<b>DATA:</b> 19/05/18	<b>Localização / Região:</b> MSC	<b>DATA:</b>	<b>Localização / Região:</b>	
<input type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I		
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - II		
<b>Etiologia:</b>	<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: _____		
<b>Tamanho da Ferida:</b>	Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm	Largura: _____ cm	Comprimento _____ cm Profundidade _____ cm	Largura: _____ cm
<b>Aparência do Leito:</b>	<input checked="" 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	
<b>Qualidade de Exsudato:</b>	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" 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		
<b>Tipo de exsudato:</b>	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		
<b>Dor:</b>	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____	<input type="checkbox"/> Sim _____ <input type="checkbox"/> Não _____		
<b>Odor:</b>	<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		
<b>Condição da pele Perilesional:</b>	<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 _____		
<b>Solução para limpeza:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <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: _____		
<b>Cobertura primária (Contato direto na lesão)</b>	<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 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: _____		
<b>Hora do curativo:</b>	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		
<b>Data da Próxima troca:</b>	Data: 19/05/18			
<b>Em caso de + de 24hs:</b>	Varresse da Silva Moraes 01-065152 TE			
<b>Carimbo e assinatura do Enfermeiro</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-around;"> <div style="text-align: center;"> <p>Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem</p> </div> <div style="text-align: center;"> <p>01-Arc. Carimbo da Silva Gorza Tel: 65-3221-0222</p> </div> </div>			
<b>OBS:</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> <p>01-</p> </div> <div style="flex: 1;"> <p>02-</p> </div> </div>			
<b>OBS:</b>	<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div style="flex: 1;"> <p>21/05/2018</p> </div> <div style="flex: 1;"> <p>21/05/2018</p> </div> </div>			

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			DN 26/02/1965	
DATA DE ADMISSÃO		13/05/2018 DIH				
PACIENTE	ARMANDO ANTONIO DA CRUZ					
AGNÓSTICO	FX EXPOSTA TIBIAL E					
ALERGIAS	HAS		DM2			
IDADE	53	LEITO	119-3	DATA	18/05/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					21/05
2	AVP					11:00 21/05
3	CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H					12:30 21/05
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					02:00
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)					02:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN					02:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					NTF
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM					02:00
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					02:00
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					02:00
11	CURATIVO DIÁRIO					02:00
12	SSVV + CCGG 6/6 H					02:00
13	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (18/05/18)					02:00
14	VANCOMICINA 1G EV 12/12HRS					02:00
15	H.P 1000ML S.F 0.9% EV HOJE (18/05/18)					02:00
16						21/05
17	14/05/18 Procedente dsjnciro					21/05
18	02/05/18 Insulina 500 IUS. EV.					21/05
19	SF 09% 100 IUS					21/05
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					21/05

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:

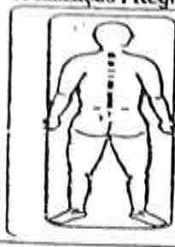
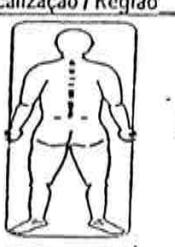
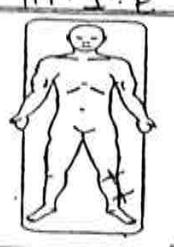
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

SINAIS VÍ	PA	FC	FR	TEMP
6 H	14x60	84		36,87
12 H	105x62	76		36,42
18 H				
24 H	110/60	90		36,9

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 11854 RR  
Dr. Odinachi Okemiri  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

20 SET. 2018

<b>HGR</b> Hospital Geral de Rio Branco	<b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HGR</b>	Protocolo nº: 1   Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015	
		<b>ENF/LEITO: 106-1</b>	

Nome: <i>Antônio da Cruz</i>			
<b>DATA:</b> 24/05/18	<b>Localização / Região:</b> M·T·E	<b>DATA:</b>	<b>Localização / Região:</b>
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I X 2		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II X 2		<input type="checkbox"/> GRAU - II	
<b>Etiologia</b>	<input checked="" 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: _____	
<b>Tamanho da Ferida:</b>	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm	
<b>Profundidade</b>	cm	cm	
<b>Aparência do Leito:</b>	<input checked="" 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	
<b>Qualidade de Exsudato:</b>	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" 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	
<b>Tipo de exsudato:</b>	<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	
<b>Dor:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
<b>Odo:</b>	<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	
<b>Condição da pele Perifisional:</b>	<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 _____	<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 _____	
<b>Solução para limpeza</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" 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: _____	
<b>Cobertura primária (Coberto direto na lesão)</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> c-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"/> c-AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>Hora do curativo:</b>	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
<b>Data da Próxima troca:</b>	<i>Nicir</i>		
<b>Em caso de + de 24hs</b>			
<b>Censo e ass.</b> <b>Féc. em Enfermagem</b>	01- <i>Juciely Gomes de Lima</i> Auxiliar de Enfermagem COREN RR 389.803	02- <i>Jucilene Moreira</i> Auxiliar de Enfermagem COREN RR 453.354	01- 02-
<b>Carimbo e Assinatura</b> <b>do Enfermeiro</b>			
<b>OBS:</b>	OBS:		

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

E

D

40,7 %

28/5/2018 14:28:10

40,8 %

28/5/2018 14:28:10

, RAIMUNDO ANTONIO DA CRUZ

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR QUEIMSON/ ED DORILENE



ARMANDO ANTONIA DA CRUZ

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

16/6/2018 17:19:27

64,4 %



Secretaria Estadual de Saúde  
Hospital Geral de Roraima

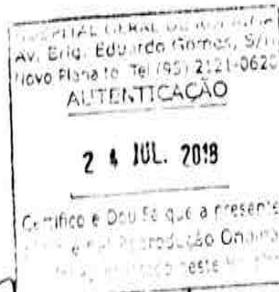
Reserva Sanguínea		L	Não	Observações
Dados relacionados ao princípio de conservação da integridade social		Sim	Não	
Presença da família?		L		
A família participa nos cuidados ao paciente no hospital?		L		
A família tem conhecimento do procedimento cirúrgico que o paciente será submetido?		L		
Houve mudança na vida pessoal devido à necessidade do procedimento cirúrgico?		L		
Houve mudanças na vida profissional devido à necessidade do procedimento cirúrgico?		L		
Sinais Vitais:	PA:	TAX:	FC:	FR:

Conduta de Enfermagem:

R' onte m o pr co vns

Consulta de Enfermagem ao Paciente Cirúrgico

Assinatura do paciente



Boa Vista, 25 de Dr. Luciano C. Araújo de 18.

Enfermeiro  
COREN-RR 384.468

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE <i>Alvaro marcelo antônio da Cunha</i>		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CADASTRO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO <i>9/1</i>	9 - SEXO
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO <i>000</i>	12 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO <i>14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO</i>
13 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		15 - UF	16 - CEP
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Fratura grave no osso de fraxe a. Esquerda.</i>			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO <i>Fratura grave no osso de fraxe a. Esquerda.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Otimizado de fibra e esquerda. Patas fraca</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Lx de Fraxa Esquerda + Envelope</i>			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fraxa com suerte de ossos de Fraxe</i>		21 - CID 10 PRINCIPAL	22 - CID 10 SECUNDÁRIO
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Fraxa de Fraxa</i>			
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO ( ) CNS	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE ( ) CPF
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO <i>26/05/18</i>	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 BIJUETE CAMP 1007			
38 - N° DA PLACA DE VEÍCULO			
39 - CNPJ EMPRESA			
40 - CNAE DA EMPRESA			
41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA ( ) EMPREGADO			
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO ( ) CNS			
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR ( ) CPF			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR <i>0408050543 5823</i>			
50 - NÚMERO DA CONSULTA			
51 - NÚMERO DA CONSULTA			
52 - NÚMERO DA CONSULTA			
53 - NÚMERO DA CONSULTA			
54 - NÚMERO DA CONSULTA			
55 - NÚMERO DA CONSULTA			
56 - NÚMERO DA CONSULTA			
57 - NÚMERO DA CONSULTA			
58 - NÚMERO DA CONSULTA			
59 - NÚMERO DA CONSULTA			
60 - NÚMERO DA CONSULTA			
61 - NÚMERO DA CONSULTA			
62 - NÚMERO DA CONSULTA			
63 - NÚMERO DA CONSULTA			
64 - NÚMERO DA CONSULTA			
65 - NÚMERO DA CONSULTA			
66 - NÚMERO DA CONSULTA			
67 - NÚMERO DA CONSULTA			
68 - NÚMERO DA CONSULTA			
69 - NÚMERO DA CONSULTA			
70 - NÚMERO DA CONSULTA			
71 - NÚMERO DA CONSULTA			
72 - NÚMERO DA CONSULTA			
73 - NÚMERO DA CONSULTA			
74 - NÚMERO DA CONSULTA			
75 - NÚMERO DA CONSULTA			
76 - NÚMERO DA CONSULTA			
77 - NÚMERO DA CONSULTA			
78 - NÚMERO DA CONSULTA			
79 - NÚMERO DA CONSULTA			
80 - NÚMERO DA CONSULTA			
81 - NÚMERO DA CONSULTA			
82 - NÚMERO DA CONSULTA			
83 - NÚMERO DA CONSULTA			
84 - NÚMERO DA CONSULTA			
85 - NÚMERO DA CONSULTA			
86 - NÚMERO DA CONSULTA			
87 - NÚMERO DA CONSULTA			
88 - NÚMERO DA CONSULTA			
89 - NÚMERO DA CONSULTA			
90 - NÚMERO DA CONSULTA			
91 - NÚMERO DA CONSULTA			
92 - NÚMERO DA CONSULTA			
93 - NÚMERO DA CONSULTA			
94 - NÚMERO DA CONSULTA			
95 - NÚMERO DA CONSULTA			
96 - NÚMERO DA CONSULTA			
97 - NÚMERO DA CONSULTA			
98 - NÚMERO DA CONSULTA			
99 - NÚMERO DA CONSULTA			
100 - NÚMERO DA CONSULTA			
101 - NÚMERO DA CONSULTA			
102 - NÚMERO DA CONSULTA			
103 - NÚMERO DA CONSULTA			
104 - NÚMERO DA CONSULTA			
105 - NÚMERO DA CONSULTA			
106 - NÚMERO DA CONSULTA			
107 - NÚMERO DA CONSULTA			
108 - NÚMERO DA CONSULTA			
109 - NÚMERO DA CONSULTA			
110 - NÚMERO DA CONSULTA			
111 - NÚMERO DA CONSULTA			
112 - NÚMERO DA CONSULTA			
113 - NÚMERO DA CONSULTA			
114 - NÚMERO DA CONSULTA			
115 - NÚMERO DA CONSULTA			
116 - NÚMERO DA CONSULTA			
117 - NÚMERO DA CONSULTA			
118 - NÚMERO DA CONSULTA			
119 - NÚMERO DA CONSULTA			
120 - NÚMERO DA CONSULTA			
121 - NÚMERO DA CONSULTA			
122 - NÚMERO DA CONSULTA			
123 - NÚMERO DA CONSULTA			
124 - NÚMERO DA CONSULTA			
125 - NÚMERO DA CONSULTA			
126 - NÚMERO DA CONSULTA			
127 - NÚMERO DA CONSULTA			
128 - NÚMERO DA CONSULTA			
129 - NÚMERO DA CONSULTA			
130 - NÚMERO DA CONSULTA			
131 - NÚMERO DA CONSULTA			
132 - NÚMERO DA CONSULTA			
133 - NÚMERO DA CONSULTA			
134 - NÚMERO DA CONSULTA			
135 - NÚMERO DA CONSULTA			
136 - NÚMERO DA CONSULTA			
137 - NÚMERO DA CONSULTA			
138 - NÚMERO DA CONSULTA			
139 - NÚMERO DA CONSULTA			
140 - NÚMERO DA CONSULTA			
141 - NÚMERO DA CONSULTA			
142 - NÚMERO DA CONSULTA			
143 - NÚMERO DA CONSULTA			
144 - NÚMERO DA CONSULTA			
145 - NÚMERO DA CONSULTA			
146 - NÚMERO DA CONSULTA			
147 - NÚMERO DA CONSULTA			
148 - NÚMERO DA CONSULTA			
149 - NÚMERO DA CONSULTA			
150 - NÚMERO DA CONSULTA			
151 - NÚMERO DA CONSULTA			
152 - NÚMERO DA CONSULTA			
153 - NÚMERO DA CONSULTA			
154 - NÚMERO DA CONSULTA			
155 - NÚMERO DA CONSULTA			
156 - NÚMERO DA CONSULTA			
157 - NÚMERO DA CONSULTA			
158 - NÚMERO DA CONSULTA			
159 - NÚMERO DA CONSULTA			
160 - NÚMERO DA CONSULTA			
161 - NÚMERO DA CONSULTA			
162 - NÚMERO DA CONSULTA			
163 - NÚMERO DA CONSULTA			
164 - NÚMERO DA CONSULTA			
165 - NÚMERO DA CONSULTA			
166 - NÚMERO DA CONSULTA			
167 - NÚMERO DA CONSULTA			
168 - NÚMERO DA CONSULTA			
169 - NÚMERO DA CONSULTA			
170 - NÚMERO DA CONSULTA			
171 - NÚMERO DA CONSULTA			
172 - NÚMERO DA CONSULTA			
173 - NÚMERO DA CONSULTA			
174 - NÚMERO DA CONSULTA			
175 - NÚMERO DA CONSULTA			
176 - NÚMERO DA CONSULTA			
177 - NÚMERO DA CONSULTA			
178 - NÚMERO DA CONSULTA			
179 - NÚMERO DA CONSULTA			
180 - NÚMERO DA CONSULTA			
181 - NÚMERO DA CONSULTA			
182 - NÚMERO DA CONSULTA			
183 - NÚMERO DA CONSULTA			
184 - NÚMERO DA CONSULTA			
185 - NÚMERO DA CONSULTA			
186 - NÚMERO DA CONSULTA			
187 - NÚMERO DA CONSULTA			
188 - NÚMERO DA CONSULTA			
189 - NÚMERO DA CONSULTA			
190 - NÚMERO DA CONSULTA			
191 - NÚMERO DA CONSULTA			
192 - NÚMERO DA CONSULTA			
193 - NÚMERO DA CONSULTA			
194 - NÚMERO DA CONSULTA			
195 - NÚMERO DA CONSULTA			
196 - NÚMERO DA CONSULTA			
197 - NÚMERO DA CONSULTA			
198 - NÚMERO DA CONSULTA			
199 - NÚMERO DA CONSULTA			
200 - NÚMERO DA CONSULTA			
201 - NÚMERO DA CONSULTA			
202 - NÚMERO DA CONSULTA			
203 - NÚMERO DA CONSULTA			
204 - NÚMERO DA CONSULTA			
205 - NÚMERO DA CONSULTA			
206 - NÚMERO DA CONSULTA			
207 - NÚMERO DA CONSULTA			
208 - NÚMERO DA CONSULTA			
209 - NÚMERO DA CONSULTA			
210 - NÚMERO DA CONSULTA			
211 - NÚMERO DA CONSULTA			
212 - NÚMERO DA CONSULTA			
213 - NÚMERO DA CONSULTA			
214 - NÚMERO DA CONSULTA			
215 - NÚMERO DA CONSULTA			
216 - NÚMERO DA CONSULTA			
217 - NÚMERO DA CONSULTA			
218 - NÚMERO DA CONSULTA			
219 - NÚMERO DA CONSULTA			
220 - NÚMERO DA CONSULTA			
221 - NÚMERO DA CONSULTA			
222 - NÚMERO DA CONSULTA			
223 - NÚMERO DA CONSULTA			
224 - NÚMERO DA CONSULTA			
225 - NÚMERO DA CONSULTA			
226 - NÚMERO DA CONSULTA			
227 - NÚMERO DA CONSULTA			
228 - NÚMERO DA CONSULTA			
229 - NÚMERO DA CONSULTA			
230 - NÚMERO DA CONSULTA			
231 - NÚMERO DA CONSULTA			
232 - NÚMERO DA CONSULTA			
233 - NÚMERO DA CONSULTA			
234 - NÚMERO DA CONSULTA			
235 - NÚMERO DA CONSULTA			
236 - NÚMERO DA CONSULTA			
237 - NÚMERO DA CONSULTA			
238 - NÚMERO DA CONSULTA			
239 - NÚMERO DA CONSULTA			
240 - NÚMERO DA CONSULTA			
241 - NÚMERO DA CONSULTA			
242 - NÚMERO DA CONSULTA			
243 - NÚMERO DA CONSULTA			
244 - NÚMERO DA CONSULTA			
245 - NÚMERO DA CONSULTA			
246 - NÚMERO DA CONSULTA			
247 - NÚMERO DA CONSULTA			
248 - NÚMERO DA CONSULTA			
249 - NÚMERO DA CONSULTA			
250 - NÚMERO DA CONSULTA			
251 - NÚMERO DA CONSULTA			
252 - NÚMERO DA CONSULTA			
253 - NÚMERO DA CONSULTA			
254 - NÚMERO DA CONSULTA			
255 - NÚMERO DA CONSULTA			
256 - NÚMERO DA CONSULTA			
257 - NÚMERO DA CONSULTA			
258 - NÚMERO DA CONSULTA			
259 - NÚMERO DA CONSULTA			
260 - NÚMERO DA CONSULTA			
261 - NÚMERO DA CONSULTA			
262 - NÚMERO DA CONSULTA			
263 - NÚMERO DA CONSULTA			
264 - NÚMERO DA CONSULTA			
265 - NÚMERO DA CONSULTA			
266 - NÚMERO DA CONSULTA			
267 - NÚMERO DA CONSULTA			
268 - NÚMERO DA CONSULTA			
269 - NÚMERO DA CONSULTA			
270 - NÚMERO DA CONSULTA			
271 - NÚMERO DA CONSULTA			
272 - NÚMERO DA CONSULTA			
273 - NÚMERO DA CONSULTA			
274 - NÚMERO DA CONSULTA			
275 - NÚMERO DA CONSULTA			
276 - NÚMERO DA CONSULTA			
277 - NÚMERO DA CONSULTA			
278 - NÚMERO DA CONSULTA			
279 - NÚMERO DA CONSULTA			
280 - NÚMERO DA CONSULTA			
281 - NÚMERO DA CONSULTA			
282 - NÚMERO DA CONSULTA			
283 - NÚMERO DA CONSULTA			
284 - NÚMERO DA CONSULTA			
285 - NÚMERO DA CONSULTA			
286 - NÚMERO DA CONSULTA			
287 - NÚMERO DA CONSULTA			
288 - NÚMERO DA CONSULTA			
289 - NÚMERO DA CONSULTA			
290 - NÚMERO DA CONSULTA			
291 - NÚMERO DA CONSULTA			
292 - NÚMERO DA CONSULTA			
293 - NÚMERO DA CONSULTA			
294 - NÚMERO DA CONSULTA			
295 - NÚMERO DA CONSULTA			
296 - NÚMERO DA CONSULTA			
297 - NÚMERO DA CONSULTA			
298 - NÚMERO DA CONSULTA			
299 - NÚMERO DA CONSULTA			
300 - NÚMERO DA CONSULTA			
301 - NÚMERO DA CONSULTA			
302 - NÚMERO DA CONSULTA			
303 - NÚMERO DA CONSULTA			
304 - NÚMERO DA CONSULTA			
305 - NÚMERO DA CONSULTA			
306 - NÚMERO DA CONSULTA			
307 - NÚMERO DA CONSULTA			
308 - NÚMERO DA CONSULTA			
309 - NÚMERO DA CONSULTA			
310 - NÚMERO DA CONSULTA			
311 - NÚMERO DA CONSULTA			
312 - NÚMERO DA CONSULTA			
313 - NÚMERO DA CONSULTA			
314 - NÚMERO DA CONSULTA			
315 - NÚMERO DA CONSULTA			
316 - NÚMERO DA CONSULTA			
317 - NÚMERO DA CONSULTA			
318 - NÚMERO DA CONSULTA			
319 - NÚMERO DA CONSULTA			
320 - NÚMERO DA CONSULTA			
321 - NÚMERO DA CONSULTA			
322 - NÚMERO DA CONSULTA			
323 - NÚMERO DA CONSULTA			
324 - NÚMERO DA CONSULTA			
325 - NÚMERO DA CONSULTA			
326 - NÚMERO DA CONSULTA			
327 - NÚMERO DA CONSULTA			
328 - NÚMERO DA CONSULTA			
329 - NÚMERO DA CONSULTA			
330 - NÚMERO DA CONSULTA			
331 - NÚMERO DA CONSULTA			
332 - NÚMERO DA CONSULTA			
333 - NÚMERO DA CONSULTA			
334 - NÚMERO DA CONSULTA			
335 - NÚMERO DA CONSULTA			
336 - NÚMERO DA CONSULTA			
337 - NÚMERO DA CONSULTA			
338 - NÚMERO DA CONSULTA			
339 - NÚMERO DA CONSULTA			
340 - NÚMERO DA CONSULTA			
341 - NÚMERO DA CONSULTA			
342 - NÚMERO DA CONSULTA			
343 - NÚMERO DA CONSULTA			
344 - NÚMERO DA CONSULTA			
345 - NÚMERO DA CONSULTA			
346 - NÚMERO DA CONSULTA			
347 - NÚMERO DA CONSULTA			
348 - NÚMERO DA CONSULTA			
349 - NÚMERO DA CONSULTA			
350 - NÚMERO DA CONSULTA			
351 - NÚMERO DA CONSULTA			
352 - NÚMERO DA CONSULTA			
353 - NÚMERO DA CONSULTA			
354 - NÚMERO DA CONSULTA			
355 - NÚMERO DA CONSULTA			
356 - NÚMERO DA CONSULTA			
357 - NÚMERO DA CONSULTA			
358 - NÚMERO DA CONSULTA			
359 - NÚMERO DA CONSULTA			
360 - NÚMERO DA CONSULTA			
361 - NÚMERO DA CONSULTA			
362 - NÚMERO DA CONSULTA			
363 - NÚMERO DA CONSULTA			
364 - NÚMERO DA CONSULTA			
365 - NÚMERO DA CONSULTA			
366 - NÚMERO DA CONSULTA			
367 - NÚMERO DA CONSULTA			
368 - NÚMERO DA CONSULTA			
369 - NÚMERO DA CONSULTA			
370 - NÚMERO DA CONSULTA			
371 - NÚMERO DA CONSULTA			
372 - NÚMERO DA CONSULTA			
373 - NÚMERO DA CONSULTA			
374 - NÚMERO DA CONSULTA			
375 - NÚMERO DA CONSULTA			
376 - NÚMERO DA CONSULTA			
377 - NÚMERO DA CONSULTA			
378 - NÚMERO DA CONSULTA			
379 - NÚMERO DA CONSULTA			
380 - NÚMERO DA CONSULTA			
381 - NÚMERO DA CONSULTA			
382 - NÚMERO DA CONSULTA			
383 - NÚMERO DA CONSULTA			
384 - NÚMERO DA CONSULTA			
385 - NÚMERO DA CONSULTA			
386 - NÚMERO DA CONSULTA			
387 - NÚMERO DA CONSULTA			
388 - NÚMERO DA CONSULTA			
389 - NÚMERO DA CONSULTA			
390 - NÚMERO DA CONSULTA			
391 - NÚMERO DA CONSULTA			
392 - NÚMERO DA CONSULTA			
393 - NÚMERO DA CONSULTA			
394 - NÚMERO DA CONSULTA			
395 - NÚMERO DA CONSULTA			
396 - NÚMERO DA CONSULTA			
397 - NÚMERO DA CONSULTA			
398 - NÚMERO DA CONSULTA			
399 - NÚMERO DA CONSULTA			
400 - NÚMERO DA CONSULTA			
401 - NÚMERO DA CONSULTA			
402 - NÚMERO DA CONSULTA			
403 - NÚMERO DA CONSULTA			
404 - NÚMERO DA CONSULTA			
405 - NÚMERO DA CONSULTA			
406 - NÚMERO DA CONSULTA			
407 - NÚMERO DA CONSULTA			
408 - NÚMERO DA CONSULTA			
409 - NÚMERO DA CONSULTA			
410 - NÚMERO DA CONSULTA			
411 - NÚMERO DA CONSULTA			
412 - NÚMERO DA CONSULTA			
413 - NÚMERO DA CONSULTA			
414 - NÚMERO DA CONSULTA			
415 - NÚMERO DA CONSULTA			
416 - NÚMERO DA CONSULTA			
417 - NÚMERO DA CONSULTA			
418 - NÚMERO DA CONSULTA			
419 - NÚMERO DA CONSULTA			
420 - NÚMERO DA CONSULTA			
421 - NÚMERO DA CONSULTA			
422 - NÚMERO DA CONSULTA			
423 - NÚMERO DA CONSULTA			
424 - NÚMERO DA CONSULTA			
425 - NÚMERO DA CONSULTA			
426 - NÚMERO DA CONSULTA			
427 - NÚMERO DA CONSULTA			
428 - NÚMERO DA CONSULTA			
429 - NÚMERO DA CONSULTA			
430 - NÚMERO DA CONSULTA			
431 - NÚMERO DA CONSULTA			
432 - NÚMERO DA CONSULTA			
433 - NÚMERO DA CONSULTA			
434 - NÚMERO DA CONSULTA			
435 - NÚMERO DA CONSULTA			
436 - NÚMERO DA CONSULTA			
437 - NÚMERO DA CONSULTA			
438 - NÚMERO DA CONSULTA			
439 - NÚMERO DA CONSULTA			
440 - NÚMERO DA CONSULTA			
441 - NÚMERO DA CONSULTA			
442 - NÚMERO DA CONSULTA			
443 - NÚMERO DA CONSULTA			
444 - NÚMERO DA CONSULTA			
445 - NÚMERO DA CONSULTA			
446 - NÚMERO DA CONSULTA			
447 - NÚMERO DA CONSULTA			
448 - NÚMERO DA CONSULTA			
449 - NÚMERO DA CONSULTA			
450 - NÚMERO DA CONSULTA			



Secretaria Estadual de Saúde  
Hospital Geral de Bonsucesso

#### **CONSULTA DE ENFERMAGEM PRE OPERATORIA**

**Fases do Processo**

1. **CONSULTA DE ENFERMAGEM PRE OPERATÓRIA**

Passo de iniciar a consulta siga as seguintes Instruções: Apresente-se nominalmente. Dê um aperto de mão, explique o que vai fazer. Assegure privacidade e sossego, Organização cronológica dos fatos, Fechamento da entrevista com esclarecimentos apropriados, Explique sempre o que vai fazer - No passo 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		Itens avaliados/realizados		
		Sim	Não	Observações
Ventre 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 disso, deve constar no Mapa Cirúrgico do dia.		X		
História Clínica E Antecedentes		X		
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.	Alergia?	X		Qual?
	Fumante?	X		Qts Cigarros/Dia?
	Diabetes?	X		Medicação:
	Hipertenso?	X		Medicação:
	Cirurgia anterior?	X		Qual?
Sentimentos Expressados Antes Da Cirurgia		Sim	Não	Observações
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 nternamento e ao tratamento.	Calma	X		
	Angústia	X		
	Ansiedade	X		
	Angústia e Ansiedade	X		
	Tristeza	X		
	Medo da Morte	X		
Orientações De Enfermagem		Sim	Não	Observações
stimule a comunicação eficaz e adequada quanto ao Horário de suspensão da Dieta, que dieta 0 é não comer e beber nada, tirar todos os pertences, adornos e próteses, guardar comodil ou setor administrativo, que ao ser encaminhado para o Centro Cirúrgico deverá estar somente com bata, touca e proprie em roupas íntimas. Banho e Higiene Pessoal deverá ser feito es da hora marcada e não deverá ser encaminhado para a cirurgia com cabelos molhados, pois há risco de choke ou maduras qd a placa do bisturi. Dependendo da Cirurgia irá retornar com sonda ou cateter. Ao retornar não deverá travesseiros nas primeiras horas, para evitar cefaléia pós-téssica. Deverá aguardar liberação para dieta e levantar-se. Sintomas como calafrios, náuseas e vômitos são devido à anestesia, eliminando quaisquer dúvidas a to dos procedimentos que serão realizados e os materiais a serem utilizados.	Dieta zero	X		
	Prótese Dentária	X		
	Adornos	X		
	Instruído aonde guardar pertences?	X		
	Vestimentas	X		
	Higiene Pessoal	X		
	Sondas e Catéter	X		
	Encaminhamento ao Centro Cirúrgico	X		
	Retorno do Centro Cirúrgico	X		24/06/2013

20 SET. 2018

As 1800h, Atra, milha 5 proxima à Verificano sítios  
háis, seve os cíncos de enxertos.

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

Praticante: Rodrigo  
Técnico de Enfermagem  
COREM/R 751 375

#### LISIOPATOLOGIA

- *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 irá manter uma redução definida durante o procedimento 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 haste, bem como da haste.

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

#### 6) Placas em ponte

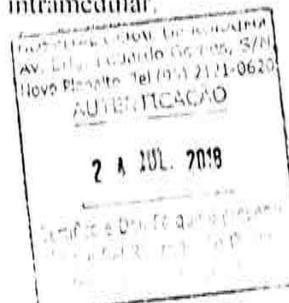
Em geral, a fixação com placas das fraturas representa uma forma de estabilização com propriedades de apoio e divisão de carga. O tratamento funcional do membro com a preservação da força muscular, da coordenação e da mobilidade articular depende da estabilidade fornecida pelo conjunto placa-osso. A 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 fixando os dois principais fragmentos, enquanto a complexa zona de fratura é praticamente deixada intocada, ou melhor, transportada em ponte, pela placa. Esse conceito combina a estabilidade mecânica adequada, oferecida pela placa, com a biologia natural da fratura não comprometida, a fim de alcançar a rápida formação de um 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>







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.: 26/02/1985 Idade: 33 ANOS
Solicitação: 10000644 Número Interno:	Solicitante: FERNANDO REZENDE CRM RR 2007	
Origem: 1030	Fator: BLOCO A	Leito: 106.1
Data de Emissão: 22/05/2018 21:00	Recebimento:	

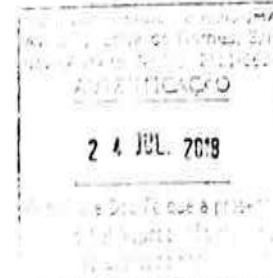
Resultado de Exame

Análise: 100006401

DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO	Resultado:	Referência:
PROTEÍNA C REATIVA	13.04 mg/L	0.0 - 8.0 mg/L

Flávia Luma dos Reis  
Bioquímica  
CHF: RR 465



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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

23/05/2018 09:41

Página 1 de 2

Hospital Geral de Roraima - Unidade de Laboratório  
Av. Brigadier Eduardo Gómes, 2300 - Aeroporto  
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2121 - 0840  
Email: portlab@yahoo.com.br



GOVERNO DE  
RORAIMA  
www.roraima.gov.br



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NUCLEO 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: HUB	Setor: BLOCO A	Leito: 106-1
Data de Emissão: 22/05/2018 21:00	Recebimento:	

Resultado de Exame

ANSWER

## DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

**Material** - OBC  
**Metodologia** - M2 - Imunofluorescência  
- ELISA C. D. ATIVA

#### Resultado

### Referência

•  
•  
•

2 1 203

Assessor: Henrique Edson Góes Júnior | Responsável Técnico: CRI - RR 122

*Journal of Health Politics, Policy and Law*, Vol. 27, No. 3, June 2002  
Copyright © 2002 by The University of Chicago

Obs.: Liberado do resultado mediante senha pessoal.  
Hospital Geral de Brotasma - Endereço do Laboratório  
Av. Engenheiro Emanoel Gomes 3306 - Aeroporto  
CEP: 09.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (65) 2121-0640  
e-mail: [hgtlab@yahoo.com.br](mailto:hgtlab@yahoo.com.br)

2018-09-41

Página 1 de 2



GOVERNO DE  
**RORAIMA**

106 - 8

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				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
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	SSVV + 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				
<b>SE DIABÉTICO</b> 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				
<b>VOLUÇÃO MÉDICA:</b>				
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE				
# EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO				
# SOLICITADO :	→ Administrado medicamento de higiene e pm;			
# CONDUTA :	verificade ssur → Tec. Grandaria.			
<b>PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :</b>				
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO				
<b>SINAIS VITais</b>				
6 H	PA	FC	FR	Dr. Fernando Rezende CRM-RR/2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	100x			
18 H	100X60	70	-	
24 H	100X70	63	-	
06-12 H	100X60	62	-	
12 H paciente no leito, incapa, ofertado s/ riscos. V. toris Realizado cuidados gerais.				

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

20 SET. 2018

WJR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
A Vontade Faz A Cidade!  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: Armando Antonio Da Cruz  
Solicitação: 10000644 Número Interno:  
Origem: HGR  
Data de Emissão: 22/05/2018 21:00

Sexo: Masculino Nasc: 26/02/1965 Idade: 53 ANO  
Solicitante: FERNANDO REZENDE CRM RR 2007  
Setor: BLOCO A Leito: 106-1  
Recebimento:

Amostra: 1000064402

Resultado de Exame

**HEMOGRAMA COMPLETO**

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

**LEUCOGRAMA**

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	9.55 x10 <sup>3</sup> /uL	4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /uL
NEUTROFILOS	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 %

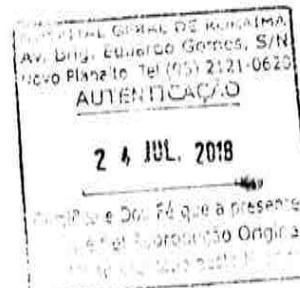
**ERITROGRAMA**

ERITRÓCITOS	2.43 x10 <sup>6</sup> /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 <sup>3</sup> /uL	150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /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

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Av. Brigadeiro Eduardo Gómes, 3308 - 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  
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

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



Paciente: Armando Antonio Da Cruz

Solicitação: 1XXXX644 Número Interno:

Ongem: HGR

Data de Emissão: 22/05/2018 21:00

Sexo: Masculino

Nasc: 20/02/1965 Idade: 53 ANO

Solicitante: FERNANDO REZENDE CRM-RR 2007

Sector: BLOCO A

Lote: 106-1

Recebimento:

Amostra: 1000064402

Resultado de Exame

**HEMOGRAMA COMPLETO**

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: MD6 - Automatizado (bc 5380)

**LEUCOGRAMA**

	Resultado	Referência
LEUCOCITOS	9.55 x10 <sup>3</sup> /uL	4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /uL
NEUTROFILOS	81.50 %	50.0 - 70.0 %
LINFOCITOS	13.40 %	20.0 - 40.0 %
MONOCITOS	4.50 %	3.0 - 12.0 %
EOSINOFILOS	0.20 %	0.5 - 5.0 %
BASOFILOS	0.40 %	0.0 - 1.0 %

**ERITROGRAMA**

ERITROCITOS	2.43 x10 <sup>6</sup> /uL	
HEMOGLOBINA	7.70 g/dL	
HEMATOCRITO	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 <sup>3</sup> /uL	150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /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-RH 713





ESTADO DO PARÁ  
AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS\*

PEDIDO DE PARECER

NOME: Anônimo Autônomo da Cruz

ADE: \_\_\_\_\_ REGISTRO: \_\_\_\_\_

SEXO: A ENFERMARIA: 106 LEITO: 1

TIPO: \_\_\_\_\_ EMERGÊNCIA: \_\_\_\_\_

DE: Mutirão

PARA: Cardiologista

Dados Clínicos:

Friso Cítrinico

Gorila

Dr. Fernando Resende  
Médico  
CRM 118.2007

21 MAIO 2018

Médico

11/05/18  
Data

Friss Cruzos  
53 anos  
anam. Oftalpédica  
Tx fuso RA: 120/80 H  
AFAC: 100, 21, 30  
Hipert.  
EKG  
Exa. cardíaco classe I  
física

12/05/18  
Data

ROE 436 MRE 437  
CRM 759 RER 437  
Dr. Ricardo Domingos P. Soárez  
Médico

	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				DN	
DATA DE ADMISSÃO		DIH			
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 S/N					
2 AVP / mantur					
4 TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA SUSPENSO					
5 OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA					
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 SSVV + CCGG 6/6 H rotina					
12 CURATIVO DIÁRIO curativo					
13 CLEXANE 40 SC 1X DIA 16					
17 HIDROCORTISONA 500MG EV 12/12 HR 06 27					
15 GENTAMICINA 240 MG 1X DIA 18/05 16 27					
16 VANCOMICINA 1 G EV 12/12HR 18 27					
17					
18					
19					
20					
<p><u>SE DIABÉTICO</u> 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

21/05/2018

**# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:**

II 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+70 75 36  
16:00 hrs dexelin 140mg/kg  
PA: 139x70  
F: 81

07:00 às 19:00 Pct medicação  
conforme prescrição, aferição  
SSVV e cuidados críticos  
Lucia Gomes Rezende  
Tel: 65 3222-1100  
COREME-RR

20 SET. 2018

119-3

### **PEDIDO DE PARECER**

UNIDADE:	Orthopedia
NOME:	Andrade Arlindo Da Cruz
IDADE:	
REGISTRO:	
BLOCO:	A
ENFERMARIA:	
LEITO:	119-3
UTI:	
EMERGÊNCIA:	
DE:	Orthopedia
PARA:	Clinica Orthopedia

## Dados Clínicos:

Pac-to ♂ de 53 an. de idade  
apresenta progressiva dor no lado esquerdo da  
fazenda com febre + respira-  
ção sibilante + constipação.

19,05,18  
Data

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

Médico

# C.M. Rykner A 22/05/18

Parante 53a, sem convertecôles, róvela, com  
pintura expressa de fôrmas. Specim. foi desprendido  
em 24/05/18 não animado/a a fôrma.

16. 7/17? Rua R - Muzer anticorpos de  
- soproto enoride conforto  
- Sobre Oz etenopterina

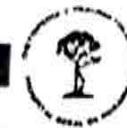
Dr. Wilber Palha R. Novaes  
Médico  
CRM/RR 1890

20 SET. 2018

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 LIVRE

3m

2 AVP

levante 12

4 TENOXICAM 400 MG, IV, 1X/DIA

SUSPENSO

5 OMEPRAZOL 40MG EV 1X/ELA MANHA

06

7 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

07

8 DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H

08

9 TRAMAL 100MG 50% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

10

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

11

11 SSVV + CCGG 600ML H

12

12 CURATIVO DIÁFI

13

13 CLEXANE 40 SC X DIA

14

17 HIDROCORTISOL 500MG EV 12/12 HR

15

15 GENTAMICINA 40MG 1X DIA 18/05

16

16 VANCOMICINA 1G / 12/12HR

17

17

18

18

19

19

20

20

SE DIABÉTICO CO CO REÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),  
CONFORME ESQU 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 IV + AV MAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DE TADCO CONTACTUANTE

3 LEITO, ATIVO, REATIVO,

+ administrado em diafragma e laringe

#EXAME FÍSICO: BEG, ACIA, ST EUPNEICO, NORMOCORADO H

, ANICTÉRICO, AFEBRIL, ATADO.

horário com venoscelite

#SOLICITADO:

#CONDUTA: MANTIDA

06:00

P = 60 x 60

T = 64

T = 36,4

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA SEM SINAIS VITAIS

AO

6 H

PA

F

FR

Tax

12 H

110x90

58

260C

18 H

107x68

77

20

36,9

24 H

130x80

69

X6,0

Dr. Fernando Rezende

CRM-RR 2007

Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

4/05/18 - 18h. Paciente no leito TOT, verbaliza, com SVD, AVP soluções  
IV, edema med. c. P.M., operado SSVV, malha CTS.

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

**Resumo de Alta / Laudo Médico**

Paciente A. Souza Gomes Lins dos Santosabchner de S,  
13 anos. Deu entrada no HGR dia 13/02/2018 com diagnóstico  
foi realizado tratamento ...

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

Boa Vista, 28-02-18

*Eduardo Rezende*  
Em nome da Comissão de Transplante  
07/02/2018

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

20 SET. 2018

106-5

119-3

PEDIDO DE PARECER

Dr. Odinachi  
Amanda Brilane da Cruz

REGISTRO:

119

ENFERMARIA:

LEITO:

3

EMERGÊNCIA

Ortopedia

PARA: Clínica Eletroca

Clinicos

Paciente ♂ de 53 anos de idade agendado  
Programas longos de fratura tibia esquerda  
momentâneos desconforto respiratório  
faz analgesia + banho

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

Médico

18/05/18

Data

2018

/ /

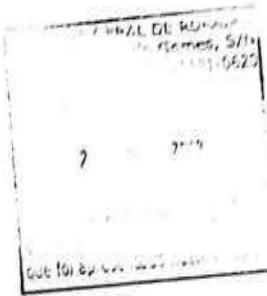
Data

Médico

20 SET. 2018

1135: Anel: a 10 dia de 05/18, administrado em medi-  
cina de plantas nativas e Rm de dia e durante o dia  
nos primeiros mês. Houve melhora intermitente.  
Nesse caso considero foram praticados  
medidas de enfermagem

*J. M. S. Souza Araújo  
Assessor de Entomologia  
COPA II PB QDQ ABT 07/2002*



106-1

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

DATA DE ADMISSÃO | 13/05/2018 | DIH | DN | 26/02/1965

PACIENTE ARMANDO ANTONIO DA CRUZ

AGNÓSTICO EXPOSTA TIBIAL E

ALÉRGIAS	HAS	DM2	
IDADE	53	LEITO	DATA
ITEM	PREScriÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N	
2	AVP	10/05/18	
3	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12HRS	11/05/18	
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	S/N	
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS (S/N)	S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTEN	S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N	
8	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM OU 1 COMP V.O	(06) NVR	
9	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	S/N	
11	CURATIVO DIÁRIO	realizar	
12	SSVV + CCGG 6/6 H	utilizar	
13	GENTAMICINA 240MG EV 1 X AO DIA (18/05/18)	16	
14	VANCOMICINA 1G EV 12/12HRS	10/05/18	
15	Acetaminofeno 500 mg 1x/dia	S/N	
16	Paracetamol 500 mg 2x/dia EV 8/8h	08/05/18	
17	Oral com curativo.	Manten	
18	Nasal 100 mg - 3x/dia - 2/8h.	(9) (2) 18/05/18	
19	Respirar - 5x/dia	(04) 03/06/18	
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	NTQUIT NTQIT	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Marcus Brunner  
Médico  
CRM-RR 1917

# 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

SINAIS VÍ	PA	FC	FR	TEMP
6 H	100x100	74		36,5°C
12 H	110x110	66		36°C
18 H	106x75	80		36°C
24 H	100x100	76		36,3°C

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

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

Jefferson N. Marinho  
COREN-RR 028-6537E  
MAT 44001319 SESAU RR

20 SET. 2018

<p><b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)</b></p> <p>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE</p>	<p align="center"><b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO/AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL</b></p> <p style="text-align: right;">N.º 1/</p> <p align="center"><b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b></p> <p>2 - NOME DO PACIENTE</p> <p>3 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)</p> <p>4 - NOME DA MÃE</p> <p>5 - NOSSA SENHORA DO RÉGIMEN DE MARIA</p> <p>6 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)</p> <p>7 - DATA DE NASCIMENTO</p> <p>8 - RACIOCÓRICO</p> <p>9 - ETNIA</p> <p>10 - TELEFONE DE CONTATO 11 - NOSSA SENHORA DO RÉGIMEN DE MARIA</p> <p>12 - TELEFONE DE CONTATO 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA</p> <p>14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO</p> <p>15 - UF</p> <p>16 - CEP</p> <p>17 - NOME DO PROcedimento PRINCIPAL</p> <p>18 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL</p> <p>19 - OTDE</p> <p>20 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO</p> <p>21 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO</p> <p>22 - OTDE</p> <p>23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO</p> <p>24 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO</p> <p>25 - OTDE</p> <p>26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO</p> <p>27 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO</p> <p>28 - OTDE</p> <p>29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO</p> <p>30 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO</p> <p>31 - OTDE</p> <p>32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO</p> <p>33 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO</p> <p>34 - OTDE</p> <p>35 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO</p> <p>36 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO</p> <p>37 - CID10 PRINCIPAL 38 - CID10 SECUNDÁRIO 39 - CF-10 CAUSAS ASSOCIADAS</p> <p>36 - DESCRIÇÃO DO DIA-HÓSTICO</p> <p>37 - CID10 PRINCIPAL 38 - CID10 SECUNDÁRIO 39 - CF-10 CAUSAS ASSOCIADAS</p> <p>40 - OBSERVAÇÕES</p> <p>16:00 a queixa-se de "falta de ar", ao exame físico eupneico, normotensão, normocárdico e normoglicêmico. Instala oxígeno de O<sub>2</sub> (3L/min) e cobre aior elevada até melhora do desconforto.</p> <p style="text-align: right;"><i>MAR Márcia Kogut Lima</i></p> <p align="center"><b>SOLICITAÇÃO</b></p> <p>41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</p> <p>42 - DATA DA SOLICITAÇÃO</p> <p>43 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO CONSELHO)</p> <p>44 - DOCUMENTO</p> <p>45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE</p> <p>( ) CNS      ( ) CPF</p> <p align="center"><b>AUTORIZAÇÃO</b></p> <p>46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</p> <p>47 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR</p> <p>48 - DOCUMENTO</p> <p>49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR</p> <p>( ) CNS      ( ) CPF</p> <p>50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO</p> <p>51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)</p> <p>52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO (APAC)</p> <p>53 - CERTIFICO E SOU FÉ CLETE A PRESENTE QUE FIZ O RELATÓRIO DO PACIENTE N.º 1/1955 N.º 1/1955 N.º 1/1955</p> <p>54 - PÉRIODO DE VALIDADE DA APAC</p> <p align="center"><b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)</b></p> <p>55 - CHES</p>
---	--



## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

Nº do sinistro ou ASL

x PT. 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 (VITIMA/BENEFICIÁRIO) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

Nome completo:

Profissão:

Bairro:

E-mail:

Armando Antônio da Cruz;

Endereço:

Cidade:

Rua: Zudimar Saraiva Pinho 1555 Boa Vista

Estado:

RR

CPF:

195.524.672-68

Número:

Complemento:

casa

CEP:

69.313-788

Tel (DDD):

(65) 99154-4282

DADOS CADASTRAIS

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

RENDIMENTO:

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

### DADOS BANCÁRIOS DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO - ASSINALE UMA OPÇÃO DE CONTA

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

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

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

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

AGÊNCIA: 3027

CONTA: 65719

8

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

(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):

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

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:  Solteiro  Casado (no Civil)  Divorciado  Separado Judicialmente  Viúvo Data do óbito da vítima: \_\_\_\_\_

Grau de Parentesco com a vítima: \_\_\_\_\_ Vítima deixou companheiro(a):  Sim  Não Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: \_\_\_\_\_

Vítima teve filhos?  Sim  Não Se tinha filhos, informar quantos Vivos: \_\_\_\_\_ Falecidos: \_\_\_\_\_ Vítima deixou nascituro (vai nascer)?  Sim  Não Vítima deixou pais/avós vivos?  Sim  Não

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

Local e Data, Boa Vista - RR - 23/01/19

Nome: Armando Antônio da Cruz

CPF: 195.524.672-68

#### TESTEMUNHAS

1º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

2º | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura

Assinatura do Representante Legal (se houver)

Assinatura do Procurador (se houver)

(\* ) 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 445/12**

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0271204 ou 0800 0271206 (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.

E 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 ASL

CPF da Vítima

Nome completo da vítima

11 095.524.672 - 68

Armando Antônio da Cruz

#### DADOS DO RECEBEDOR DA INDENIZAÇÃO: BENEFICIÁRIO OU REPRESENTANTE LEGAL

Nome completo	CPF titular da conta	Profissão
Armando Antônio da Cruz	095.524.672 - 68	Autônomo
Endereço	Número	Complemento
Rua Zuldirmar Saraiwa Pinho	555	
Bairro	Cidade	Estado
União	Boca Vista	Paraná
Email	CEP	Telefone (DDD)
ilovarr@hotmail.com	69.313 - 788	(95)98125-9538

Declaro, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto à 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	ATE 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"/> BANCO	
<input type="checkbox"/> CAIXA ECONÔMICA FEDERAL (104)		Nome _____	
AGÊNCIA Nº	CONTA Nº	AGÊNCIA Nº	CONTA Nº
(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

DOCUMENTO  
ORIGINAL  
20 SET. 2018

Armando Antônio da Cruz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

**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 interditada 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 Alemando 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 atende 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.

*Paciente* \_\_\_\_\_ de Setembro de 2018  
Local e Data  
*DOCUMENTO  
ORIGINAL  
20 SET. 2018*

Alemando Antônio da Cruz

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal

SINISTRO 3180439006 - Resultado de consulta por beneficiário

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	

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



**Seguradora Líder · DPVAT**

**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					
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 esfíncteriano; (d) comprometimento de função vital ou autonômica	R\$ 13.500,00	R\$ 10.125,00	R\$ 6.750,00	R\$ 3.375,00	R\$ 1.350,00
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					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos membros superiores e/ou de uma das mãos	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 inferiores					
Perda anatômica e/ou funcional completa de um dos pés	R\$ 6.750,00	R\$ 5.062,50	R\$ 3.375,00	R\$ 1.687,50	R\$ 675,00
Perda auditiva total bilateral (surdez completa) ou da fonação (mudez completa) ou da visão de um olho					
Perda completa da mobilidade de um dos ombros, cotovelos, punhos ou dedo polegar					
Perda completa da mobilidade de um quadril, joelho ou tornozelo	R\$ 3.375,00	R\$ 2.531,25	R\$ 1.687,50	R\$ 843,75	R\$ 337,50
Perda completa da mobilidade de um segmento da coluna vertebral exceto o sacral					
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	R\$ 1.350,00	R\$ 1.012,50	R\$ 675,00	R\$ 337,50	R\$ 135,00
Perda integral (retirada cirúrgica) do baço					

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

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

[Retornar](#) [Imprimir](#)