

PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE(S):

EDILAMAR PEDRO SIMPLICIO DA SILVA, brasileira, solteira, portadora da carteira de identidade RG nº 132544 SSP/RR e inscrita no CPF nº 446.463.992-53, residente e domiciliada na Rua Belo Horizonte, nº 726, Bairro Nova Cidade, Boa Vista, Estado de Roraima, Telefone:99159-3992/99169-0077. Sem email.

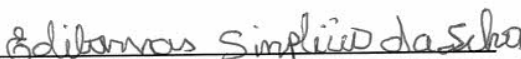
OUTORGADO(S):

SOUZA CRUZ & AQUINO ADVOCACIA, pessoa jurídica de direito privado, inscrita na OAB/RR sob o nº 92, e CNPJ sob o nº 25.069.627/0001-20, representada pelos advogados: **GETÚLIO ALBERTO DE SOUZA CRUZ FILHO**, brasileiro, casado, advogado inscrito na OAB/RR sob o nº 645, **MÁRCIO LEANDRO DEODATO DE AQUINO**, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº 748 e OAB/AM 869-A, **CAIO SPOTTI DE ROSSO**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº 1897 e **CAMILLA AYANNA VIDAL BOTELHO** brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº 2010, todos com escritório profissional consignado do Rodapé.

PODERES:

A quem confere os poderes da cláusula *ad judicium et extra*, para, agindo em conjunto ou individualmente, independente da ordem de nomeação, representar o(a) outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como promover ações contra quem de direito e defendê-lo(a) nas contrárias, acompanhando umas e outras até final decisão, interpondo recursos, recebendo e dando quitação; exigir, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos; reconhecer a procedência de pedidos; renunciar ao direito sobre o que se fundamente qualquer ação; habilitar em precatório; oferecer representação criminal e queixa-crime, requerer, levantar e receber alvarás de quaisquer espécies, enfim, todos os atos indispensáveis ao fim a que se destina este mandato, que poderá ser substabelecido no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, *podendo promover todos os demais atos processuais necessários até final liquidação de sentenças. Sendo que a título de honorários advocatícios pagarei aos advogados a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o caráter de contrato de honorários.*

Boa Vista-RR, 25 de março de 2019.


OUTORGANTE



DECLARAÇÃO

EDILAMAR PEDRO SIMPLICIO DA SILVA, brasileira, solteira, portadora da carteira de identidade RG nº 132544 SSP/RR e inscrita no CPF nº 446.463.992-53, residente e domiciliada na Rua Belo Horizonte, nº 726, Bairro Nova Cidade, Boa Vista, Estado de Roraima, Telefone:99159-3992/99169-0077. Sem email.

DECLARA para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 98 e subsequentes do novo CPC, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e família.

E por essa expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista-RR, 25 de março de 2019.

Edilamar P Simplicio da Silva
DECLARANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA		REGISTRO GERAL	123544
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA		NOME	EDILMAR PEDRO SIMPLICIO DA SILVA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ		FILIAÇÃO	DANARQUINO SIMPLICIO DA SILVA
		NATURALIDADE	ANITA PEDRO JOAQUIM
		BOA VISTA - RR	DATA DE NASCIMENTO
		DOC ORIGEM	06/07/1972
		Etnia MACUXI	
		CERTD NASC 5812 FLS 04 LIV AE-9	
		1 OF BOA VISTA-RR	
		CPF	
		446.463.992-53	
		2 VIA	
		AMADEU ROCHA TRIANI	
		Publico Proferente do J. Policial Civil	
		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	P 1

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA	
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA	
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ	
	
	
Polegar Direito	
Edilmar P. Simplicio da Silva	
ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

----- DEMONSTRATIVO DE OPERAÇÃO -----
0016770 DROGARIA ALENCAR I 27/03/2019

10:20:27 (Horário de Brasília)
*****5204 ID:73120011-1127

Extrato

BDN - BRADESCO DIA E NOITE
EXTRATO CONTA FACIL TERM.016770

EDILAMAR PEDRO S DA SILVA 10:20HR
AGENCIA 0522 CONTA 0008265-1 27/MAR/2019

DISPONIVEL
= TOTAL DISPONIVEL 226,19
+ CONTA FACIL (C/C + Poup) 226,19

TOTAL DE RECURSOS 226,19

SALDO DISP. P/INVEST. 226,19

LIMITES DE CREDITO
CREDITO PESSOAL 1.400,00
LIMITE UTILIZADO 1.173,55
LIMITE A UTILIZAR 226,45

MOVIMENTAÇÃO - CONTA FACIL-(C/C + Poup)

-----FEVEREIRO/2019-----

DIA HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
25 SALDO ANTERIOR		225,12
28 PARC CRED PESS 3460059		141,75-
CONTR 350243774 PARC 006/012		
S A L D O.....		83,37

-----MARCO/2019-----

01 PAGTO COBRANCA 0000041		6,37-
BRADESCO VIDA E PREVIDENCIA		
PARC CRED PESS 3460060		75,81-
CONTR 356804890 PARC 004/010		
S A L D O.....		1,19
06 EMPREST PESSOAL 4482626		200,00
SAQUE C/C BDN 3165077		200,00-
AG00522MAQ033165SEQ0107705031146		
S A L D O.....		1,19
15 TARIFA BANCARIA 0010319		1,19-
VR.PARCIAL CESTA FACIL ECONO		
S A L D O.....		0,00
25 CREDITO DO INSS 0250522		998,00
SAQUE C/C BDN 0002558		740,00-
Ag00522maq030002seq0255825031206		
TARIFA BANCARIA 0010319		31,81-
CESTA FACIL ECONOMICA		
SALDO TOTAL		226,19

DEMONSTRATIVO DE SALDOS E RENDIMENTOS

POUPANCA FACIL-DEPOS. A PARTIR DE 4/5/12

DIA DO SALDO EM RENDIMENTO(S)

ANIVERSARIO 27/03/2019

22	0,00	0,00
25	225,19	0,00
TOTAL		0,00

LANCAMENTOS FUTUROS - CONTA FACIL

-----MARCO/2019-----

DIA HISTORICO	N.DOCTO	VALOR
29 PARC CRED PESS 0243774		141,75-
TOTAL EM 29/03/2019		141,75-

-----ABRIL/2019-----

01 PAGTO COBRANCA 0000042		6,37-
BRADESCO VIDA E PREVIDENCIA		
PARC CRED PESS 6804890		75,81-
TOTAL EM 01/04/2019		82,18-

Demonstrativo para simples conferencia.
Sujeito a alteracoes ate o final do dia.
Fone Facil - 4002 0022 / 0800 570 0022.
SAC - Alo Bradesco - 0800 704 8383.
Deficiencia Auditiva/Fala 0800 722 0099
Atendimento 24 horas, 7 dias por semana.
Ouvidoria - 0800 727 9933 das 8 as 18h,
segunda a sexta-feira, exceto feriado.
Declaracao de Quitacao Anual de Tarifas
PF ja esta disponivel para consulta.

Obrigado
"Tenha um bom dia"

Informações importantes no verso.

www.banco24horas.com.br
Impressao em papel termossensivel com
vida util de 5 anos. Evite contato com
plásticos, produtos quimicos, exposicao
ao calor, umidade, luz do sol e lampadas.





**CLÍNICA RENAL
DE RORAIMA**

Responsável Técnico: Dr. Rudolf Wilt Camara 1311-RDE-RR

Conveniado ao SUS 

Nome: EDILAMAR PEDRO SIMPLICIO DA SILVA

Data: 26/02/2019

Laudo Médico

Atesto, para os devidos fins, que o paciente EDILAMAR PEDRO SIMPLICIO DA SILVA CPF: sob c N° 446463992-53, é portador de insuficiência Renal Crônica (CID-10: N 18.9), e Hipertensão Arterial Sistêmica (CID-10: I10). Atualmente acompanhada pelo seu esposo FRANCISCO DO ESPIRITO SANTOS CPF: 648.545.902-20, que é responsável pela mesma. Faz parte do programa de hemodiálise, tendo que comparecer três vezes por semana às sessões Terça, quinta e sábado as 06h30min as 10h00min, desde o dia 08/10/2015. Atualmente estável consciente, não deambula, Dependência de cadeira de rodas (C.I.D -10. Z99.3). Tem como acesso para diálise Acesso atual: FAV Autôgena Braquio cefálica esquerda. A mesma encontra-se impossibilitada de realizar atividades laborativas devido a limitação física imposta pela doença.

O paciente necessita de uma dieta especial, com restrição hídrica rigorosa; restrição de leite e derivados, e de alimentos com alto teor de potássio, devendo ainda; cozinhar todas as frutas e verduras para o consumo. As patologias associadas e o tratamento requerem cuidados especiais e constantes, necessitando do acompanhamento do seu esposo para realização das atividades acima. Solicito afastamento do mesmo por 60 dias.

Drª Brenda S. Gonçalves
Médica
CRM- RR 2037

Ass. do médico



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

RESUMO DE ALTA

NOME: **Edilamar Pedro Simplicio da Silva**

Data de internação: 11/1/2019

Data de alta: 14/02/2019

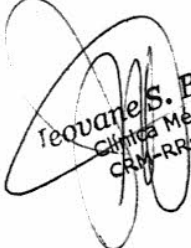
Paciente diabética, hipertensa, IRC em diálise, deu entrada no PAAR em quadro infeccioso de MIE com ulcera em calcâneo. Avaliada pela cirurgia vascular que indicou desbridamento e realizou exérese de tendão de aquiles E no dia 16/1.

Em 48 h passou a evoluir com erisipela bolhosa necrotizante, sendo reavaliada pela cirurgia vascular e indicada amputação de MIE acima do joelho. Cirurgia realizada no dia 19/01/19.

Posteriormente foi transferida para bloco B aos cuidados da clínica médica para acompanhamento, onde manteve uso de antibióticos e TRS. Necessitou transfusões sanguíneas.

Hoje encontra-se lúcida, eupneica, afebril, alimentando-se VO. Recebe alta hoje com orientações para acompanhamento no serviço de cirurgia vascular cardiologia e nefrologia. Curativos em UBS.

Boa Vista, 14 de fevereiro de 2019.


Teovane S. Batista
Clínica Médica
CRM-RR:997

SINISTRO 3160323532 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA EDILAMAR PEDRO SIMPLICIO DA SILVA

COBERTURA Invalidez

SEGURADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO Sabemi Seguradora
S/A-Matriz II

BENEFICIÁRIO EDILAMAR PEDRO SIMPLICIO DA SILVA

CPF/CNPJ: 44646399253

Posição em 16-06-2016 09:17:36

Pagamento liberado pela Seguradora Líder DPVAT.

Valor: R\$ 7.087,50

O prazo para recebimento da indenização no banco depende do tempo necessário ao processamento bancário, que é de até 5 dias úteis contados a partir da data de liberação.

POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 702 /2015 - Boa Vista-RR, em
28/08/2015.

COMUNICANTE: EDILAMAR PEDRO SIMPLICIO DA SILVA

RG: 132544

O. EXP.: SSP-RR

CPF.: 446.463.992-53

ENDEREÇO: RUA: BELO HORIZONTE

Nº: 726

BAIRRO: NOVA CIDADE

CIDADE: BOA VISTA

SEXO: FEMININO

PROFISSÃO: DO LAR

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RORAIMA

DATA DE NASCIMENTO: 06/07/1972

IDADE: 45

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS.MED.COM

ESTADO CIVIL: UNIÃO ESTÁVEL

TELEFONE: (95) 99132-0488

Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

NOME DO PAI: DAMARQUINO SIMPLICIO DA SILVA

NOME DA MÃE: ANITA PEDRO JOAQUIM

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 12:30 do dia 28/08/2014, na Rua Belo Horizonte, Bairro Nova Cidade, Município: Boa Vista - RR, aconteceu o seguinte fato:

A comunicante informa que estava conduzindo a motocicleta HONDA / CG 150 TITAN EX PLACA: NAY - 6837 CHASSI: 9C2KC1660ER048165 RENAVAL: 01075146566 de propriedade do Srº JOÃO DA CRUZ JUNIOR pela rua acima citada quando colidiu com um cachorro que atravessou a rua onde perdeu o controle da motocicleta e caiu informa ainda que logo após o fato foi socorrida e levada ao PSE HGR por terceiros, é o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.

OBSERVAÇÃO: RG GISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO PRIVAT.

Edilamar P. Simplicio da Silva
Comunicante

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

DE ORDEM DO DELEGADO
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA

24.08.15

[Assinatura]
Conferente / Recebedor

DOCUMENTOS ANEXOS

- RG E CPF
- CNH
- CRLV
- PRONTUARIO MEDICO
- ROP/PM OU BAT/PRF
- FICHA DO SAMU OU RESGATE
- COMPROVANTE DE ENDEREÇO

24 SET. 2015

DE POLICIA

		GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO		Visto por: 	
1400303185		28/08/2014 13:06:15		FICHA DE ATENDIMENTO	
Paciente		Data Nascimento		Idade	
EDILAMAR PEDRO SIMPLICIO DA SILVA		06/07/1972		42 A 1 M 22 D	
Tipo Doc		Documento		CNS	
IDENT. 123544		SESP/RR		708709145161392	
Mãe		Data Emissão		CPF	
ANITA PEDRO JOAQUIM		20/06/2000		44646399253	
Endereço		Sexo		Estado Civil	
RUA - BELO HORIZONTE - 726 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR		F		SOLTEIRO(A)	
		Raça/Cor		Naturalidade	
		PARDA		BOA VISTA - RR	
		Pai		Contatos	
		DAMARQUIMO SIMPLICIO DA SILVA		(95) 3628-1619	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira	
		SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE			
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Validade	
SPA - PRONTO ATENDIMENTO		URGÊNCIA			
Setor		Tipo de Chegada		Autorização	
PRONTO ATENDIMENTO		DEMANDA ESPONTANEA			
Queixa Principal		Procedimento Sol.		Temp.	
				Peso	
				Pressão	
				Sis Prenatal	
				Registrado por:	
				FRANCISCA	
				☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL	
		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456			

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)

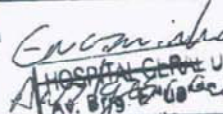
Paciente previamente clareado.

Exame Físico

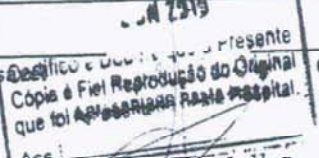
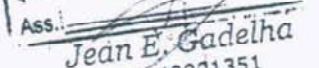
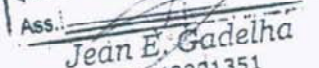
no HGR. 28-05-14; retirou gesso em casa
sem consentimento médico retornou para
03-06-2014 recolocado imobilizador e paciente
SAÚDE - Exames Complementares
() RAO-X () ULTRA-SOM () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:
Prescrição
no HGR. 28-05-14; retirou gesso em casa
sem consentimento. Retorno hoje com
guia médica.

ORTOPÉDIA
Paciente esteve em Seguimento com Dr. Carlos
Henrique Jesus. Fratura do péto direito D. por
trauma e Gesso por 2x sem consentimento
médico.

Dono da Acompanhador com Dr. Carlos Henrique Jesus.

Condução
() Alta por Decisão Médica
() Alta a Pedido
() Alta a Revelia
() Transferência para: 
() Ambulatório
() Observação (Até 24h)
() Internação
Data e Hora da Saída/Alta: ____/____/____

Óbito
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não Destino: () Família () IM. Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável
Ass.: 
Carimbo e Assinatura do Médico
Ass.: 
Mat. 40001351
Impresso por: Francisca
Data Hora: 28/08/2014 13:09:40
Cópia e Fiel Reprodução do Original
que foi assinada pelo paciente.
Ass.: 
Mat. 40001351





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EVOLUÇÃO MÉDICA

E. Delamar Pedro

Simpleiro do

DATA
HORA

EVOLUÇÃO

24/9/14 As 17:10h, foi chamado para
atender o paciente Dr. D. e
pico simpático (PA= 190 x 90 mmHg).
Paciente refere que apresenta reações
adversas ao captopril.
Col: Losartana 50mg VO qdia.
Suspensão captopril.

Gustavo Alcino A. Martins
MÉDICO
CRM-SP 167285

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/nº
Novo Povo

JUN 2015

Certifico que esta é uma
Cópia e Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital
Ass.:

Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: _____
NOME: Edilmar Pedro Simplicio da Silva
IDADE: 42 anos REGISTRO: _____
BLOCO: (B) ENFERMARIA: 205-2 LEITO: _____
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE:

Ortopedia

PARA:

Endocrinologia

Dados Clínicos:

Paciente tratado há 10 dias com
insulina. Tratamento com DM e HTA.
Excluído para insulina. Avaliada
pela endocrinologia que seguiu para
endocrinologia. Solução de insulina.
Paciente em uso de insulina.

Dr. Ivan Leite Mmms
M. CRM 11.10
RESIDENTE ORTO-EDUA

27 SET 2014

HOSPITAL GERAL DE KURUMIA
Av. Brig. Euzébio
Nove P...

Médico

JUN 2015

Certifico e dou por presente
Cópia e Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.

Ass.:

Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR

Data

Médico

Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE		9 - SEXO	
5 - NOME DO PACIENTE <i>Felipe de Jesus Pedro</i>		8 - DATA DE NASCIMENTO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		11 - TELEFONE DE CONTATO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - C.D. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente apresentando um Varço e Linfadenopatia torácica pelo Dr. Rodrigo para acompanhar o tratamento com Dr. Carlos Henrique da Costa que fez a primeira biópsia.</i>			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Forças de Varço + Varço Linfático</i>			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Ex. Físico.</i>			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Inf. Tuberculosa D. 65 ± 90 lbs</i>			
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO 25 - CLÍNICA 26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 27 - DOCUMENTO 28 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Dr. Rodrigo Soares</i> 28/08/19			
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 30 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) <i>Dr. Arnaldo Passos</i> CRM RR 1667			
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO			
36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - N° DO BILHETE 38 - SÉRIE			
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES	
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO				10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
11 - TELEFONE DE CONTATO				12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF				16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
paciente apresenta um Varço e Linfático da torção pelo Dr. Rodrigo usando com Dr. Carlos Henrique for o primário da sinuato.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Forças de Varço e Linfático					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Ex. Físico.					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
Var. Fibrofibrot. D. 12 ± 90 dias.					
21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA HORA	EVOLUÇÃO
14/09/14	Edelmar Pires Simplicio Jr. Sth Paciente com fratura de tíbia, e apresentando anemia oxidativa já analisada pela hematologia onde sugeriu (Hb) dose ferro e fenetina, e preservar Eritropoietina e Manipurem além de dose deixo para esquerda de insulina NPH. CD:- Sol. Ferro e Fenetina - Prescrevo Eritropoietina + Manipurem. - Suporte vitamínico Jean E. Gadelha Mat. 40001351 Ass.: que foi apresentado neste Hospital. Cópia e Fiel Reprodução Original Certifico e Verifico a Presença Nº 2015
17/10/14	Edelmar Paciente de alta hospitalar de ortopedia sob cuidados da Clínica Médica. Paciente estável, HAS e DM, não controlado no dia anterior a PA e mantendo dose próximo a 200 g/dL. Relata que há 4 meses não menstruava e que hoje apresentou menstruação de quantidade relativamente normal. Sem outros queixas. CD:- mantido suporte clínico - Prescrevo paciente o anexo pela Clínica - Prescrevo + 2 UI de NPH às 7 e às 21h - Sol. Hemoq. com 100 mg Dr. Pedro Di Giovanni CRM 1615

Prescrição Médica Traumatologia e Ortopedia

Paciente: Edilamar P. Simplicio

Leito: 203-1

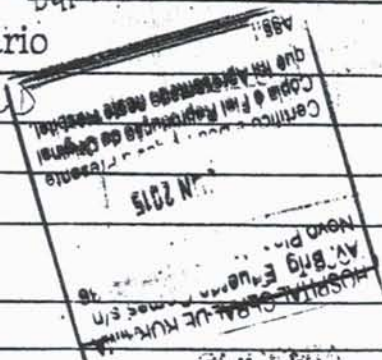
H.D. _____

Data: _____
Staff: Leandro E. Adadinho

Medicação

Horário

1) Dieta oral livre <u>DM</u>	SU
2) Soro fisiológico 0,9% 1000ml (24hrs)	
3) Cefalotina 1g 1 amp ev 6/6h	
4) Tilatil 20mg 1 amp ev 12/12h ou 1 comp vo 20mg 12/12h	
5) Omeprazol 40mg 1 amp ev pela manhã	
6) Plasil 10mg 1 amp ev 8/8h (S/N)	14
7) Dipirona 500mg/ml--- 2ml ev 6/6h	14:30
8) Tramadol 100mg + SFO,9% 100ml ev 8/8h	14:30
9) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h se PA>160x100mmHg	14:30 (160/80)
10) Sinais Vitais 6/6h	14:30 (170/70)
11) Curativo diário	M
12. Ciprofloxacino 500mg 2x/dia	12:00 2x
13. Paracetamol 1 amp + 100mg 6x/dia	12:00 6x
14. Dextro 6/6hs	12:00 6x
15- Paracetamol NPH	
641: manhã	07
341: noite	20
16. insulina (R) conforme ordem	SU
0-200.0	
201-250 2un(2) 351-400 8un(8)	
251-300 4un(4) ≥ 401: 19un(19) chamon	
301-350 6un(6) Nautem 16	
17. Apoio psicológico	PSICOLOGIA
	SINAIS VITAIS 6/6hrs
PCR - Brq. Low Simplicio	Pressão arterial: 1 1
Aguardia TTR 6/6hrs	Frequência cardíaca
	Temperatura
	Frequência respiratória



Hora	T	P	F
12:00	76	80	16
18:00	36°C	96	18
24:00	36°C	89	16
06:00	36	80	16

05/04/2019
Assinado digitalmente por Camilla Ayanna Vidal Botelhocamilla Ayanna Vidal Bote



Comunicado - as
11:50

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME:

IDADE:

REGISTRO:

BLOCO:

ENFERMARIA:

LEITO:

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

PARA:

Dados Clínicos:

Risco cirúrgico.

Quarto.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Planalto - 69200-000 - RR

JUN 2015

Certifico e dou fé que a presente
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentada neste Hospital.

Ass:

Jean E. Gadelha

Mat. 40001351

SAME/HGR

Médico

Data

condição de

Paciente diabético em uso de insulina

em PH re: decto 14 + 12

sem febre e cãibras

em uso de insulina (intermedica)

Apresenta 12 de Toxet 600 mg

Esp/ de respiração R. ml fr 9.4 + 50°

concl

01/05/14

Data

Apresenta exames

Dr. Niele Lago Modestini
CARDIOLOGISTA

Médico

Diabético em uso de insulina

Prescrição Médica Traumatologia e Ortopedia

Paciente: Edclamar P. Simplicio

Leito: 203-1

Data: 04/09/14

H.D.:

Staff:

Medicação

Horário

1) Dieta oral líquida <u>DM</u>	<u>SAD</u>																				
2) Soro fisiológico 0,9% 1000ml (24hrs) <u>manhã 12h</u> <u>24</u>																					
3) Cefalotina 1g 1 amp ev 6/6h. <u>SN</u>																					
4) Tilatil 20mg 1 amp ev 12/12h ou 1 comp vo 20mg 12/12h																					
5) Omeprazol 40mg 1 amp ev pela manhã																					
6) Plasil 10mg 1 amp ev 8/8h (S/N)	<u>SN</u>																				
7) Dipirona 500mg/ml--- 2ml ev 6/6h <u>S/N</u>	<u>24:37</u>																				
8) Tramadol 100mg + SFO,9% 100ml ev 8/8h <u>SN</u>	<u>24:37</u>																				
9) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h se PA>160x100mmHg	<u>24:37</u> <u>6:30</u>																				
10) Sinais Vitais 6/6h	<u>ROTINA</u>																				
11) Curativo diário	<u>M</u>																				
12) Ciprofloxacino 400mg (2) 12/12h	<u>10</u> <u>200mg</u>																				
13) Dexametasona 1mg + 40 (2) 12/12h	<u>10</u>																				
14) Dextro 6/6hs	<u>GRÁFICO</u>																				
15) Insulina (R) Conforme Dextro	<u>SN</u>																				
<u>0-200: 0</u>																					
<u>201-250: 4U (SC)</u>	<u>351-400: 8U (SC)</u>																				
<u>251-300: 4U (SC)</u>	<u>401-450: 10U (SC) clonaz</u>																				
<u>301-350: 6U (SC)</u>	<u>Manhã</u>																				
<u>44 H. FÓRULA</u>																					
<table><tr><th>hora</th><th>mg/dl</th></tr><tr><td>11:00</td><td>190mg/dl</td></tr><tr><td>18:00</td><td>270mg/dl</td></tr><tr><td>24:00</td><td>349mg/dl</td></tr><tr><td>06:00</td><td>273mg/dl</td></tr></table>	hora	mg/dl	11:00	190mg/dl	18:00	270mg/dl	24:00	349mg/dl	06:00	273mg/dl	<u>DET. Btg. Sem Análise</u>										
hora	mg/dl																				
11:00	190mg/dl																				
18:00	270mg/dl																				
24:00	349mg/dl																				
06:00	273mg/dl																				
	<u>Aguardar TRR comum</u>																				
	<u>Manter TRR ATB PI</u>																				
	<u>SINAIS VITAIS 6/6hrs</u> <u>120</u>																				
	<u>Pressão arterial</u> <u>1</u> <u>1</u>																				
	<u>Frequência cardíaca</u>																				
	<u>Temperatura</u>																				
	<u>Frequência respiratória</u>																				
<table><tr><th>hora</th><th>P</th><th>R</th><th>PA</th></tr><tr><td>10:00</td><td>36.7</td><td>21</td><td>160x85mmHg</td></tr><tr><td>3:00</td><td>31.5</td><td>20</td><td>110x70</td></tr><tr><td>4:00</td><td>36.7</td><td>25</td><td>140x60mmHg</td></tr><tr><td>06:00</td><td>35.6</td><td>21</td><td></td></tr></table>	hora	P	R	PA	10:00	36.7	21	160x85mmHg	3:00	31.5	20	110x70	4:00	36.7	25	140x60mmHg	06:00	35.6	21		
hora	P	R	PA																		
10:00	36.7	21	160x85mmHg																		
3:00	31.5	20	110x70																		
4:00	36.7	25	140x60mmHg																		
06:00	35.6	21																			

200 X 100

VIRE!!

Prescrição Médica Traumatologia e Ortopedia

Paciente: Edilamar P. Sampaio

Leito: 203-1

Data: 03/09/14

H.D. _____, Staff: _____

Medicação

Horário

1) Dieta oral <u>Por P/Dm</u>	<u>SND</u>
2) Soro fisiológico 0,9% 1000ml (24hrs)	<u>12^o 24^o</u>
3) Cefalotina 1g 1 amp ev 6/6h <u>SND</u>	
4) Tilatil 20mg 1 amp ev 12/12h ou 1 comp vo 20mg 12/12h	
5) Omeprazol 40mg 1 amp ev pela manhã	
6) Plasil 10mg 1 amp ev 8/8h (S/N)	
7) Dipirona 500mg/ml--- 2ml ev 6/6h <u>S/N</u>	
8) Tramadol 100mg + SFO,9% 100ml ev 8/8h <u>S/N</u>	
9) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h se PA>160x100mmhg	<u>12:20 LU</u>
10) Sinais Vitais 6/6h	<u>ROTI NA</u>
11) Curativo diário	<u>M</u>
12) Dexametasona 1mg + 10 @ 12/12hs	<u>12:00</u>
13) Dextro 6/6hs	<u>GRFICO</u>
14) Insulina (R) conforme Dextro	<u>S/N 12:00</u>
15) Ciprofloxacino 400mg @ 12/12hs	<u>25^o</u>
201-250: 2u/6h 351-400: 8u/6h 251-300: 4u/6h ≥ 401: 10u/6h (chama) 301-350: 6u/6h (Nortonmks)	
16) Sinais vitais 6/6hrs	
17) Pressão arterial	
18) Frequência cardíaca	
19) Temperatura	
20) Frequência respiratória	

Hora	T	F	PA	FC	Temp	FR
12:00						
18:00	35.8°	72	-	130x72		
24:00	36°	76		130x80		
06:00	36.1°	80		173x96		

Ass.: Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR

HOSPITAL GERAL DE KUMAMIA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Planalto

Jun 2015

Carteira de Identificação Profissional
Cópia e Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital

Ass.: _____

Dr. Jean Leticia Morris
RESIDENTE ORTOPEDIA

03/09/2014

PCF Bêta. Referindo para
H.M. Degrado ITO.

SINAIS VITAIS 6/6hrs

Pressão arterial

Frequência cardíaca

Temperatura

Frequência respiratória

Prescrição Médica Traumatologia e Ortopedia

Paciente: Eds Pawan P. Sampaio
Leito: 203-1 Data: 02/09/14
H.D.: _____ Staff: _____

Medicação

Horário

- 1) Dieta oral DM
- 2) Soro fisiológico 0,9% 1000ml (24hrs)
- 3) Cefalotina 1g 1 amp ev 6/6h amp
- 4) Tramadol 20mg 1 amp ev 12/12h ou 1 comp vo 20mg 12/12h

S N

- 5) Omeprazol 40mg 1 amp ev pela manhã amp
- 6) P.asil 10mg 1 amp ev 8/8h (S/N)
- 7) Dipirona 500mg/ml--- 2ml ev 6/6h
- 8) Tramadol 100mg + SFO,9% 100ml ev 8/8h amp S/N

GLICEMIA

Hora	Mg/dl
12:00	157
18:00	
24:00	
06:00	

- 9) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h se PA>160x100mmHg
- 10) Sinais Vitais 6/6h
- 11) Curativo diário

ROTI NA

M

GRÁFICO

12. DEXTRO 6/6h

13. Dexametazona 4mg 1 amp 12/12h

14. Metformina 2000mg 1 comp 12/12h

O-200-0

201-250: 2u (50)

251-300: 4u (50)

301-350: 6u (50)

351-400: 8u (50)

≥ 401: 10u (50)

Chamomila

Ciprofloxacino 200mg 1000mg 12/12h

200 - 10

200 - 10

200 - 10

200 - 10

200 - 10

200 - 10

200 - 10

200 - 10

200 - 10

Certificado e cópia que a presente
Cópia e Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.

ASS:

Hora	T	P	Ban	E. Gadea
12:00	36,0	103	20	130/80 mmHg
18:00	36,2	100	20	130/80 mmHg
24:00	37,8			
06:00	36,5			

GLICEMIA

Hora	Mg/dl
12:00	157
18:00	127
24:00	300
06:00	230

SINAIS VITAIS 6/6hrs

Pressão arterial

Frequência cardíaca

Temperatura

Frequência respiratória

As 11:00 paciente apresenta

ondas calafrios, dores em

cefaleia, acionado

distal, no pulso e

interna

articulações e

plantarista con-

pesquisa para

100x70

P: 70

T: 36,5

100x70

P: 70

T: 36,5

203-2

Leito: 203-~~1~~ 2

Data, 06109 1/14

Staff.

Horário

HOSPITAL GERAL DE KURUMIDA
XV. BING. E. Via de Comas s/n
Novo Pírcalla - 1910-1936

JUN 2015

Garrincho e D...
Cópia e Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital

Ass. _____

Jean F. Gadeinha
Mat. 40001351
CAMELEÃO

PCT Br-G, Sarc. Purix.
Agaveida TTR cismagm.

Dr. Lynn Leita Janniss
M.C.C. # 26
F. - CITE/O.T. - FLA

08 SET. 2014

UNIDADE: _____
NOME: Edilanes Pedro Simplicio da Silva
IDADE: 42 anos REGISTRO: _____
BLOCO: (B) ENFERMARIA: 203-2 LEITO: _____
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE:

Ortopedia

PARA:

Endocrinologia

Dados Clínicos:

Paciente tratado anteriormente com
insulina tratamento crônico. DM e HTA
controlado com hipertensão. Atendida
pela endocrinologia que seguiu a condução
endocrinológica: Solução de insulina e
Pancratina. Paulo
Data _____

Dr. Ivan Leite Morris
M. J. CRM-RF 11.10
RESIDENTE ORTOPEdia

24 SET. 2014

Médico

23/09/14

Paciente diabético, sem acompanhamento adequado com
descompensação da DM, HAS associadas e seguimento
sugiro a seguinte conduta:

1. Insulina NPH - 18UI às 07h
06UI - 23h
2. Insulina regular capenga capenga
4UI - 150 - 151 - 210 - 3UI
211 - 270 - 2UI 270 - 330 - 3UI
331 - 390 - 4UI 391 - 5UI
3. Glicose menor que 60 - e chamx Pantuvis

Data

4. Nifedipina 20mg VO 8/8h
5. Losartana 50mg VO 12/12h

⇒ Urg

Médico

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Planalto - 69300-000
JUN 2015
Certifico e dou fé que a presente
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.

Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR

UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA DO PSFE

Nome: Maria Custodia de Oliveira		85a	80kg	BOX: 5	Data: 22/04/2014
Diagnostico: Choque Septico Foco Urinario e Pulmonar		PRONTUARIO: Médico Responsável			
PRESCRIÇÃO MEDICA		HORARIOS			
1	Dieta x SNE 1500kcal em 24hs, Checar Residuo Gastrico 4/4hs	16:30 24 04 08 14			
2	SF 0,9% EV em BICA 1ml/h Continuo	ACM			
3	SF 0,9% ou SRL 500ml EV ACM	16:30 24 04 08 14			
4	Polimixina B 500.000U + SG 5% 500ml EV 12/12h (11/04/14), x BIC 42ml/h continuo	16:30 24 04 08 14			
5	Hydrocortizida 25mg SNE 1xdia	16:30 24 04 08 14			
6	Losartana 50mg SNE 12/12hs	16:30 24 04 08 14			
7	Amiodarona 150mg + SG 5% 50ml a correr 30min EV 12/12hs	16:30 24 04 08 14			
8	Oneprazol 40mg EV 1xdia	16:30 24 04 08 14			
9	Glexane 40mg SC 1xdia Gelo Antes E após	16:30 24 04 08 14			
10	Metoclopramida 10mg EV 8/8h	16:30 24 04 08 14			
11	Dipirona 1g EV 4/4h	16:30 24 04 08 14			
12	PVC: 4/4hs	16:30 24 04 08 14			
13	Liponemolose 0,5% 01 gota em cada olho de 8/8h	16:30 24 04 08 14			
14	Clorexidina 2%. Higienizar cavidade oral 03x/dia	16:30 24 04 08 14			
15	Banho diário com clorexidina 2 ou 4%	16:30 24 04 08 14			
16	Glicemia Capilar 06/06h Correções conforme esquema ao lado.	16:30 24 04 08 14			
17	Mudança de Decubito 2/2hs	16:30 24 04 08 14			
18	Manter Cabeceira Elevada 30º	16:30 24 04 08 14			
19	1º ST Motora e Respiratoria	16:30 24 04 08 14			
20	Cuidados Intensivos	16:30 24 04 08 14			
21		16:30 24 04 08 14			
22		16:30 24 04 08 14			
23		16:30 24 04 08 14			
24		16:30 24 04 08 14			
25		16:30 24 04 08 14			
26		16:30 24 04 08 14			
27		16:30 24 04 08 14			
28		16:30 24 04 08 14			
29		16:30 24 04 08 14			

HOSPITAL GERAL DE KURUMIA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Pinar - Curitiba - PR - 81235-000
FONE: (41) 3333-3333
FAX: (41) 3333-3333
E-MAIL: hospital@kurumia.com.br
www.kurumia.com.br
JUN 2015
Certificado e Fiel Reprodução do Original
foi Apresentado neste Hospital.
Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR

Prescrição Médica Traumatologia e Ortopedia

Paciente: Edilson P. Simplicio
Leito: 203-2 Data: 07/09/14
H.D.: _____ Staff: _____

Medicação

Horário

1) Dieta oral lacte <u>DM</u>	<u>SN</u>
2) Soro fisiológico 0,9% 1000ml (24hrs)	
3) Cefalotina 1g 1 amp ev 6/6h	<u>Suspensão</u>
4) Tilatil 20mg 1 amp ev 12/12h <u>ou</u> 1 comp <u>vo</u> 20mg 12/12h	
5) Omeprazol 40mg 1 amp ev pela manhã	
6) Plasil 10mg 1 amp ev 8/8h (S/N)	<u>SN</u>
7) Dipirona 500mg/ml--- 2ml ev 6/6h	<u>200 @ 8h</u>
8) Tramadol 100mg + SFO,9% 100ml ev 8/8h	
9) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h se PA>160x100mmhg	
10) Sinais Vitais 6/6h	<u>Retorno</u>
11) Curativo diário	<u>M</u>
12) Ciprofloxacino 400mg (EV) 12/12h	<u>12/12h</u>
13) Dextro - 6/6h	<u>12/12h</u>
14) Insulina 50mg (EV) 12/12h	<u>12/12h</u>
15) Insulina (R) conforme Dextro.	
16) <u>201 - 280 = 2 UT.</u>	
<u>251 - 300 = 4 UT.</u>	
<u>301 - 350 = 6 UT.</u>	
<u>351 - 400 = 8 UT.</u>	
<u>> 400 = 10 UT.</u>	

HOSPITAL DE KURUPATI
R. Eng. Ezequiel de Almeida
Novo Planalto - 18° 06' S
N 2915

Certifico que a presente
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.

Ass.: Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR

Dr. Erinaldo Passos
Residente - Ortopedia - Traumatologia
CRM-PR 1567

SINAIS VITAIS 6/6hrs

Pressão arterial	1	1
Frequência cardíaca		
Temperatura		
Frequência respiratória		

Flora

37.2	80	120x100
36.5	80	120x100
36.2	110	149x100
36.2	106	147x100

Dextro 251 162mg/100ml
161 147mg/100ml



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE:

NOME:

Edilmar Pedro Gonçalves

IDADE:

41 anos

REGISTRO:

BLOCO:

B

ENFERMARIA:

203-2

LEITO:

UTI:

EMERGÊNCIA:

DE:

Ortopedia

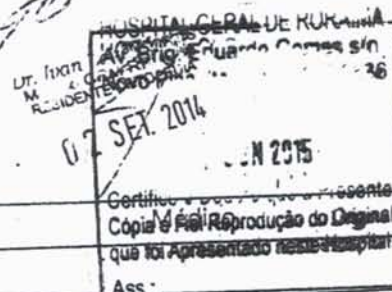
PARA:

Cardio Torace

Dados Clínicos:

Musculação

Data



Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR

Data

Médico

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: Edifícios Pedros Simples
NOME: _____
IDADE: 41 Anos REGISTRO: 203-2
BLOCO: (B) ENFERMARIA: _____ LEITO: _____
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE:

Ortopedia

PARA:

Psiquiatria

Dados Clínicos:

Piso cirúrgico

GRATO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
HQ. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Planalto - 69300-000

N 2915

Dr. Irineu Teófilo Romão
CRM-RR 11.111
RESIDENTE ORTOPEDIA
12 SET 2019

Médico

Data

Certifico a veracidade e a presença
Cópia e Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital
Ass.: _____

Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR

Data

Médico



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA HORA	EVOLUÇÃO
12/09/14	Paciente: Edilene Pedra Sampaio 41 anos
19.30h	Pela Anestesiologia
	Paciente veio para EC para realização de tratamento cirúrgico de fratura de platô tibial direito. Refere Diabetes mellitus II há 15 anos em uso de insulina NPH. Desde a internação refere manter PA alterada quando iniciou captopril 25mg 12/12h. Aos exames vem apresentando anemia com queda de Hemoglobina acentuada (dia 01/09 Hb: 7,5; dia 02/09 Hb: 7,1; dia 06/09 Hb: 6,5); função renal levemente alterada, não foi solicitada bilirubinas. Risco cardiovascular indica ASA II. No momento a paciente encontra-se icterica +/- e com edema importante em membros inferiores. Dificilto melhor avaliação da paciente referente a anemia, edema em mmii e icterícia p/ posterior realização do
	Obs: Apresenta ainda
	680.000
	Av. Brig. Eduardo Guaraná 36
	Novo Pôrto Velho
	2015
	Certifico e outorgo a presente Cópia é Fiel Reprodução do Original que foi Apresentado neste Hospital.
	Ass: Jean E. Gadelha
	Mat: 40001351
	SAME/HGR
	Ana Paula Thomé Anestesiologista CRM-RR/1408

UNIDADE: _____
NOME: Edilson Pedro Simplicio de Silva
IDADE: 42 a REGISTRO: _____
BLOCO: B ENFERMARIA: 2 03 LEITO: 02
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: União Médica

PARA: Hematologia

Dados Clínicos: Paciente DM.

Paciente acompanhado pela ortopedia, com fratura de
tibia direita, apresentando desde o primeiro exame anemia e plaquetose

no dia 02/09/14 = Hb 7.1 Ht 20%.

dia 06/09/14 = Hb 6.5 Ht 18.4%.

dia 09/09/14 = Hb 6.3 Ht 18.0%.

dia 15/09/14 = Hb 6.0 Ht 17.5%.

no dia 13/09 foi transfundido 01 UI de concentrado de hemácias

hoje transfundido 2 UI concentrado de hemácias.

Sol. avaliação e conduta.

16/09/14 Crato

Data

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Planalto - 66200-000

JUN 2015

Certifico e declaro a presente
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.

Ass.:

Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR

Médico

⊕ Insulina 28 ago 14 42a hem
⊕ Fratura platô tibial ⊕ - melhora quase 2x porcentagem
própria

⊕ Diabético 716a

EAS: hb ⊕
mot ⊕

Hb 7.9 Ucm 7.9

Cr 1.2 1.4

Uma insulina regl Sem uso insulina NPH

Diabetes acompanhado ACK

Data

Médico

VIRE



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

CURADOR/SECTOR	QUARTO	LEITO	Nº DO REGISTRO
EDILSON PEDRO SIMPLICIO		205-1	
DIAZ DO PACIENTE:			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
21/10/14	(1) Dieta oral p/ HAS e DM	S/NP	ZZH5 PA = 147 x 80 mmHg.
	(2) Repartição 50g VO 12/14h	20° 08'	P = 80 bpm T = 36.2°
	(3) Atenção 50g VO 12/14h	20° 08'	DUJW = 16.7 mg/dL
	(4) Empirico antibiótico 100mg VO 12/14h	20°	OHS = PS = 860 x 80 mmHg
	(5) Dipirona 50mg em 4 eqt VO 6/6h S/M	S/M	P = 75 bpm T = 36°. DUJW = 9.8 mg/dL
	(6) Paracetamol 100mg + 550.0g VO 12/14h		
	(7) Lactato 100mg em 5 eqt VO 8/8h moderada S/M		
	(8) Dextro 6/6h		
	(9) Imunidade NPH 5C 20 UT ou 21h		
	(10) Imunidade Regular 5C conforme eletro		
	0-200 = 0 UT 201-250 = 2 UT 251-300 = 4 UT		
	301-350 = 6 UT 351-400 = 8 UT		
	400 = 10 UT e demais medidas plantadas		
	(11) Gentamicina 25g VO e PA 7 h por 10 dias Atenção.		
	(12) Apixar Pivoxilogen		
	(13) SS VI + CC 6/6h		

HOSPITAL GERAL DE KUKUMINHA
Av. Brig. Faria da Costa s/n
Novo Planalto - 36

JUN 2015

Certificado e Cópia Presente
Cópia & Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.
Ass.:
Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR

Dr. Pedro Di Giovanni
CRM nº 1615



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

EVOLUÇÃO

205-1

DATA
HORA

Edilamar

21/10/14 Paciente com prescrição nutricional do dia, foi comunicado a coorde-
nadora

Hora	T	P	R	PA
12:00				160x90
18:00	36,2	94	/	147x80 mmHg
24:00	36,1	80		160x80 mmHg
06:00	36,0	75		

GLICEMIA	
Hora	Mg/dl
12:00	
18:00	171
24:00	167 mg/dl
06:00	98 mg/dl

Às 18:00 h Paciente foi prescrito

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes
wop...

N 7915

Para a Fiel Reprodução de
foi Apresentado neste

Jean E. Gadella
Mat. 40001351
SAME/HGR

Assinatura Responsável
COREM N°



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE/SETOR:	QUARTO	LEITO	Nº DO REGISTRO
NOME DO PACIENTE: <i>Edilmar Pedro Simplicio</i>		<i>05-1</i>	
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
24/10/19 07:00h	1) VD 100g oral 1x/DM e HAS	SND.	
	2) Loperamide 50g 1x/12h	20 08	
	3) Atenolol 50g 1x/12h	20 08	
	4) Espironolona 100g 1x/12h	20	
	5) Digoxina 500g 1x/12h		
	6) Paracetamol 10g 1x/6h		
	7) Sinal 100g 1x/6h		
	8) Dextro 6/6h		
	9) Imunulina NP 17 50 20 UT em 7h	Quadrado	
	10) Forasil 500g 1x/12h	07	
	11) Forasil 500g 1x/12h	21	
	12) Forasil 500g 1x/12h		
	13) Forasil 500g 1x/12h		
	14) Forasil 500g 1x/12h		
	15) Forasil 500g 1x/12h		
	16) Forasil 500g 1x/12h		
	17) Forasil 500g 1x/12h		
	18) Forasil 500g 1x/12h		
	19) Forasil 500g 1x/12h		
	20) Forasil 500g 1x/12h		
	21) Forasil 500g 1x/12h		
	22) Forasil 500g 1x/12h		
	23) Forasil 500g 1x/12h		
	24) Forasil 500g 1x/12h		
	25) Forasil 500g 1x/12h		
	26) Forasil 500g 1x/12h		
	27) Forasil 500g 1x/12h		
	28) Forasil 500g 1x/12h		
	29) Forasil 500g 1x/12h		
	30) Forasil 500g 1x/12h		
	31) Forasil 500g 1x/12h		
	32) Forasil 500g 1x/12h		
	33) Forasil 500g 1x/12h		
	34) Forasil 500g 1x/12h		
	35) Forasil 500g 1x/12h		
	36) Forasil 500g 1x/12h		
	37) Forasil 500g 1x/12h		
	38) Forasil 500g 1x/12h		
	39) Forasil 500g 1x/12h		
	40) Forasil 500g 1x/12h		
	41) Forasil 500g 1x/12h		
	42) Forasil 500g 1x/12h		
	43) Forasil 500g 1x/12h		
	44) Forasil 500g 1x/12h		
	45) Forasil 500g 1x/12h		
	46) Forasil 500g 1x/12h		
	47) Forasil 500g 1x/12h		
	48) Forasil 500g 1x/12h		
	49) Forasil 500g 1x/12h		
	50) Forasil 500g 1x/12h		
	51) Forasil 500g 1x/12h		
	52) Forasil 500g 1x/12h		
	53) Forasil 500g 1x/12h		
	54) Forasil 500g 1x/12h		
	55) Forasil 500g 1x/12h		
	56) Forasil 500g 1x/12h		
	57) Forasil 500g 1x/12h		
	58) Forasil 500g 1x/12h		
	59) Forasil 500g 1x/12h		
	60) Forasil 500g 1x/12h		
	61) Forasil 500g 1x/12h		
	62) Forasil 500g 1x/12h		
	63) Forasil 500g 1x/12h		
	64) Forasil 500g 1x/12h		
	65) Forasil 500g 1x/12h		
	66) Forasil 500g 1x/12h		
	67) Forasil 500g 1x/12h		
	68) Forasil 500g 1x/12h		
	69) Forasil 500g 1x/12h		
	70) Forasil 500g 1x/12h		
	71) Forasil 500g 1x/12h		
	72) Forasil 500g 1x/12h		
	73) Forasil 500g 1x/12h		
	74) Forasil 500g 1x/12h		
	75) Forasil 500g 1x/12h		
	76) Forasil 500g 1x/12h		
	77) Forasil 500g 1x/12h		
	78) Forasil 500g 1x/12h		
	79) Forasil 500g 1x/12h		
	80) Forasil 500g 1x/12h		
	81) Forasil 500g 1x/12h		
	82) Forasil 500g 1x/12h		
	83) Forasil 500g 1x/12h		
	84) Forasil 500g 1x/12h		
	85) Forasil 500g 1x/12h		
	86) Forasil 500g 1x/12h		
	87) Forasil 500g 1x/12h		
	88) Forasil 500g 1x/12h		
	89) Forasil 500g 1x/12h		
	90) Forasil 500g 1x/12h		
	91) Forasil 500g 1x/12h		
	92) Forasil 500g 1x/12h		
	93) Forasil 500g 1x/12h		
	94) Forasil 500g 1x/12h		
	95) Forasil 500g 1x/12h		
	96) Forasil 500g 1x/12h		
	97) Forasil 500g 1x/12h		
	98) Forasil 500g 1x/12h		
	99) Forasil 500g 1x/12h		
	100) Forasil 500g 1x/12h		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
RORAIMA, 16/15/2019
Novo Plan
36
JUN 2015
Certifico e sou responsável por esta
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.
Ass.:
Jean E. Gadeia
Mat. 40001351
SAME/HGR

Dr. Paulo A. Gomes
CRM/R 1615

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PRESCRIÇÃO MÉDICA TRAUMATOLOGIA E

ORTOPEDIA

PACIENTE: William Roberto LEITO: 205-4

MÉDICOS RESPONSÁVEIS: _____

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 18/10/14

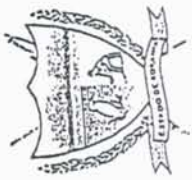
ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre <u>P/D M 4 HAS</u>	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12-18-24-06																													
3	Cefalotina 1g 1amp EV 6/6h	12-18-24-06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	12-18-24-06																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12-18-24-06																													
8	Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	12-18-24-06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 100 mmHg	SN																													
10	Glicemia capilar (____). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLICEMIA</th> <th>INSULINA REGULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200-250</td> <td>2 UI SC</td> </tr> <tr> <td>251-300</td> <td>4 UI SC</td> </tr> <tr> <td>301-350</td> <td>6 UI SC</td> </tr> <tr> <td>351-400</td> <td>8 UI SC</td> </tr> <tr> <td>> 400</td> <td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> <tr> <td>< 70</td> <td>GLICOSE 50% 40 ML EV</td> </tr> </tbody> </table>		GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GLICEMIA</th> <th>I.R.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:00</td> <td>178</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18:00</td> <td>155</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24:00</td> <td>191</td> <td></td> </tr> <tr> <td>06:00</td> <td>84 mg/dL</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		GLICEMIA	I.R.	12:00	178		18:00	155		24:00	191		06:00	84 mg/dL	
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00	178																														
18:00	155																														
24:00	191																														
06:00	84 mg/dL																														
11	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13	<u>Captopril 25mg 1 cp VO 12/12h</u>	<u>08 20</u>																													
14	<u>Dipirona 20mg 1 cp VO 12/12h</u>	<u>10 20</u>																													
15	<u>Tramadol 50mg 1 cp VO 12/12h</u>	<u>10 20</u>																													
16	<u>Insulina NPH 18 UI SC Manhã</u>	<u>08 20</u>																													

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: 6 UI SC NPH 08

[Assinatura]
Dr. Fábio Ferreira de Lima
Médico
CRM/R 1553

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	130x60	87		37,2
18:00	140x80	88		36,5
24:00	140x80	88	-	36,0
06:00	140x90	86	-	36,0



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE/SETOR:	QUARTO	LEITO	Nº DO REGISTRO
NOME DO PACIENTE: <u>Edilene Paboz</u>			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÕES
17/10/19	0 Diet. onl p/ HPS e DM	SND	
	0 AVP	MATER	
	0 Capromil 25 g VO 12/12h		
	0 Nefedrina 20 g VO 12/12h		
	0 Lorazepam 50 g VO 12/12h		
	0 Digoxina 1g EV 6/6h SN		
	0 Paril 10 g EV 8/8h 5x (dopo Dist. Time 2h 22 26		
	0 Toradol NPH 50 mg 7h		
	10 VT on 24h		
	0 Imunoglobulina Regular SC conforme detor		
	0-200 = 0VT 101-250 = 2VT 251-300 = 4VT		
	301-350 = 6VT 351-400 = 8VT 7400 = 10VT		
	e doar a nível Plasmático		
	10 GH 50 x 40 ml EV se detor < 70 mg/dL SN		
	0 Gentamicil 25 g VO se PA > 160 x 10 ⁶ SN		
	0 SC VV + CEGG 6/6h ANDAR		
	0 Diet. 6/6h		
	0 Arose prescrição		

ULCEREMIA

Hora	Mg/L
12:00	193
18:00	167
24:00	199
07:00	92

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. BHg. Exuário Gomes s/n
Nove Planaltas, Tel: 3322.636

2015

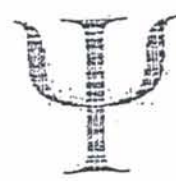
Certifico e sou o responsável por esta
Cópia e Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.

Ass.: _____

Dr. Pedro Di Giandomini
16/10/19

Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR

Hora	T	P	R	PA
12:00	35.3	100	20	140/90mmHg
18:00	36.2	85		135/72mmHg
24:00	36	86		130x60
06:00	36.2	83		130x60



Governo do Estado de Roraima
"Amazônia: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

EVOLUÇÃO DE PSICOLOGIA

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
20.10.14	205-03 Edlamar Pedro Simplicio da Silva, Paciente com período prolongado de internação (desde 28.08.14), no momento do atendimento estava lúcida, orientada, sem acompanhante. Apresenta labilidade emocional que podemos considerar normal devido a situação da hospitalização/tratamento. Necessita apoio emocional e objetivo de auxiliá-la no enfrentamento do processo. Segue em acompanhamento psicológico. <i>[Assinatura]</i> HOSPITAL GERAL DE KUKAMIA Av. Brig. Eduardo Gomes s/n Novo Planalto - 36 2015 Certifico que a cópia presente Cópia é Fiel Reprodução do Original que foi Apresentado neste Hospital. SS: Jean E. Gadelha Mat. 40001351 SAME/HGR Cristina Silva de Araújo Psicóloga CRP 24040

205-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PRESCRIÇÃO MÉDICA TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PACIENTE: Edilamar Pedro LEITO: _____

MÉDICOS RESPONSÁVEIS: 205-1

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 16/10/14

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre <u>DOMI HAS.</u>	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12 - 24																													
3	Cefalotina 1g 1amp EV 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h <u>8hsp</u>	10 - 22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N <u>9:05</u>																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12 - 18 - 24 - 06																													
8	Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14 - 22 - 06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 100 mmHg	S/N																													
10	Glicemia capilar (<u>6/6hs</u>). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLICEMIA</th> <th>INSULINA REGULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200-250</td> <td>2 UI SC</td> </tr> <tr> <td>251-300</td> <td>4 UI SC</td> </tr> <tr> <td>301-350</td> <td>6 UI SC</td> </tr> <tr> <td>351-400</td> <td>8 UI SC</td> </tr> <tr> <td>> 400</td> <td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> <tr> <td>< 70</td> <td>GLICOSE 50% 40 ML EV</td> </tr> </tbody> </table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GLICEMIA</th> <th>I.R.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18:00</td> <td>215</td> <td>2 und</td> </tr> <tr> <td>24:00</td> <td>190</td> <td></td> </tr> <tr> <td>06:00</td> <td>210</td> <td>2 ui</td> </tr> </tbody> </table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00	215	2 und	24:00	190		06:00	210	2 ui
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00	215	2 und																													
24:00	190																														
06:00	210	2 ui																													
11	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13	<u>Captopril 25mg 12/12hs</u>	<u>20 08</u>																													
14	<u>Metoclopramida 10mg 8/8hs</u>	<u>22 10</u>																													
15	<u>Tenoxicam 20mg 12/12hs</u>	<u>25 10</u>																													
16	<u>Insulina MDH</u>																														
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: <u>18ui @ Norte - 07</u> <u>8ui @ Norte - 25</u> 16 OUT 2014 LT. Lene Leite Morris M. 1000351351 R. IDENTIFICADORA 538 SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>P.A. (mmHg)</th> <th>P. (b.p.m.)</th> <th>R. (r.p.m.)</th> <th>T. (°C)</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>06:00</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table> 16 OUT 2014 Alta hosp. sob cuidado da DR maria Ayanna Vidal Botelho Chimica medica				P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T. (°C)	12:00					18:00					24:00					06:00								
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T. (°C)																											
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															

Prescrição Médica Traumatologia e Ortopedia

Paciente: Edilamar Pedro

Leito: 205-1

Data: 15/10/14

H.D.

Staff:

Medicação

Horário

1) Dieta oral <u>DM-1/HAS</u>	<u>SN</u>
2) Soro fisiológico 0,9% 1000ml (24hrs)	
3) Cefalotina 1g 1 amp ev 6/6h <u>SN</u>	
4) Tilatil 20mg 1 amp ev 12/12h ou 1 comp vo 20mg 12/12h	
5) Omeprazol 40mg 1 amp ev pela manhã	
6) Plasil 10mg 1 amp ev 8/8h (S/N)	
7) Dipirona 500mg/ml--- 2ml ev 6/6h <u>SN</u>	
8) Tramadol 100mg + SFO,9% 100ml ev 8/8h <u>SN</u>	
9) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h se PA>160x100mmHg	
10) Sinais Vitais 6/6h	
11) Curativo diário	
12) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h	
13) Dipirona 500mg 1 amp ev 6/6h	
14) Tramadol 100mg 1 amp ev 8/8h	
15) Dextro 6/6h	
16) Insulina NPH - BULBO manhã e noite	
17) Insulina (R) Conthane Dextro	
60-200: 2U	
201-250: 2U	
251-300: 4U	
301-350: 6U	
351-400: 8U	
18) Dextro 560 2 amp	
Insulina 50% (U) clonazepam	
clonazepam 12	

Hora	T	P	R	PA
12:00	35.8	92	20	150/70mmHg
18:00				
24:00				
06:00				

deficit de funcionamento

Paciente querou - de cefaleia, foi medicado da cpim, segue os cuidados.

ROTI N

Novo Pina

18:30h

12:15

presente

Cópia Fiel Reprodução do Original

João E. Gadelha

Mat. 40001351

21 SAME/HGR

SN

GLUCERIA

Hora	Mg/dl	FR
12:00	85mg/dl	
18:00	36mg/dl	6.4
24:00	303	6.4
06:00	161	

SINAIS VITAIS 6/6hrs

Pressão arterial

Frequência cardíaca

Temperatura

Frequência respiratória

Dr. Ivan Leite Morris

M. Titulo CRM-RF 538

RL IDENTIFICADORA

15 OUT. 2014

REFERE ESCURECIMENTO DA VISÃO.
12:30 # DEXTRO 61mg/dl - 11 ADH. 625% 40
VO. AROS REALIZADO ALESKO

205-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PRESCRIÇÃO MÉDICA TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PACIENTE: Edilamar Pedro LEITO: 205-1

MÉDICOS RESPONSÁVEIS: _____

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 14/10/14

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																								
1	Dieta oral líquida <u>PI DM + HAS.</u>	SND (12-24)																								
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	(12-18-24) (06)																								
3	Cefalotina 1g 1amp EV 6/6h <u>SUSP</u>	(10-22)																								
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou <u>VO</u> 20mh de 12/12h	RTP (06)																								
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	S/N																								
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	(12-18-24) (06)																								
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	(4-22-06)																								
8	Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100 ml EV	S/N																								
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	S/N																								
10	Glicemia capilar (<u>6/6 hs.</u>). <u>Ajuste de insulina</u> Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																								
<table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV</td></tr></tbody></table>		GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV	<table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr></thead><tbody><tr><td>128 mg/dl</td><td>0</td></tr><tr><td>234 mg/dl</td><td>2 UI</td></tr><tr><td>170</td><td>0</td></tr><tr><td>98 mg/dl</td><td>0</td></tr></tbody></table>	GLICEMIA	I.R.	128 mg/dl	0	234 mg/dl	2 UI	170	0	98 mg/dl	0
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																									
200-250	2 UI SC																									
251-300	4 UI SC																									
301-350	6 UI SC																									
351-400	8 UI SC																									
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																									
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV																									
GLICEMIA	I.R.																									
128 mg/dl	0																									
234 mg/dl	2 UI																									
170	0																									
98 mg/dl	0																									
11	Curativo diário 1x ao dia	M																								
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																								
13	<u>Nifedipina 20mg 1up @ 12/12hs</u>	<u>08h</u>																								
14	<u>Paracetamol 350mg 1up @ 12/12hs</u>	<u>08h</u>																								
15	<u>Idroclorotiazida 50mg 1up @ 12/12hs</u>	<u>08h</u>																								
16	<u>HCTZ 25mg 1up @ manhã</u>	<u>06h</u>																								
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM:																										
17. <u>insulina NPH</u> <u>18 UI @ Manhã</u> <u>8 UI @ Noite</u> <u>Dr. Ivan Leite/Marriz</u> <u>Residente Ortopedia</u> <u>OUT. 2014</u>																										

SINAIS VITAIS				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	140/80	94	19	36.0
18:00	159x86	98	-	36.0
24:00	113x66	88	17	36.8
06:00	98x66	89	18	36.1

Paciente estável, lucida, orientada, aceita a dieta ofertada, sinais fisiológicos presentes, sem acesso venoso, por estar com medicação VO, sem queixas algicas, etc.

Prescrição Médica Traumatologia e Ortopedia

Paciente: Edikamar Pedro

Leito: 205-1

Data: 13/10/14

H.D. _____ Staff: _____

Medicação

Horário

1) Dieta oral ~~líquida~~ PI DM 1445

S N

2) Soro fisiológico 0,9% 1000ml (24hrs)

3) Cefalotina 1g 1 amp ev 6/6h Susp.

4) Tilatil 20mg 1 amp ev 12/12h ou 1 comp vo 20mg 12/12h

5) Omeprazol 40mg 1 amp ev pela manhã

6) Píasil 10mg 1 amp ev 8/8h (S/N)

7) Dipirona 500mg/ml--- 2ml ev 6/6h SN

8) Tramadol 100mg + SFO,9% 100ml ev 8/8h OK

9) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h se PA>160x100mmHg

10) Sinais Vitais 6/6h

11) Curativo diário

12. Captopril 25mg 1cp 12/12hs

13. Nifedipina 20mg 1cp 12/12hs

14. Losartana 50mg 1cp 12/12hs

15. HCTZ 25mg 1cp manhã

16. Insulina NPH

18u/50 Manhã

8u/50 Noite

17) Dextro 6/6hs

18. Insulina R Confere Noite SN

60-200: 0

201-250: 2u/50 351-400: 4u/50

251-300: 4u/50 >400: 10u/50

301-350: 6u/50 Cevano

NDOTM <60 2 sup glóbulos

50% (E) Cevano glóbulos

50% (E) Cevano glóbulos

50% (E) Cevano glóbulos

50% (E) Cevano glóbulos

50% (E) Cevano glóbulos

50% (E) Cevano glóbulos

50% (E) Cevano glóbulos

50% (E) Cevano glóbulos

Hora	T	P	R	PA
12:00	35.9	101	-	150x75
18:00	35.7	96	-	165/83mm
24:00	36	98	-	144/50mm
06:00	36.6	81	-	130x71mmHg

22:30
Dextro = 58mg/2l
23 Dextro = 89mg/2l
R.O. Dextro = 188mg/2l



Jean E. Gadella
Médico 1351
SAME/NGR

SINAIS VITAIS 6/6hrs

Frequência cardíaca

Temperatura

Frequência respiratória

S N

Dr. João Leite Morris
Médico CRM-RF 938
RESIDENTE ORTOPEDIA

13 OUT 2014

203 - 2

Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde
Secretaria de Estado da Saúde

COMPONENTE ESPECIALIZADO DA ASSISTÊNCIA FARMACÊUTICA

LAUDO DE SOLICITAÇÃO, AVALIAÇÃO E AUTORIZAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

SOLICITAÇÃO DE MEDICAMENTO(S)

CAMPOS DE PREENCHIMENTO EXCLUSIVO PELO MÉDICO SOLICITANTE

1. Número do CNES* 2. Nome do estabelecimento de saúde solicitante

3. Nome completo do Paciente* 4. Nome da Mãe do Paciente*

5. Peso do paciente* kg
6. Altura do paciente* cm

7. Medicamento(s)*

	8. Quantidade solicitada*		
	1º mês	2º mês	3º mês
1			
2			
3			
4			
5			

9. CID-10* 10. Diagnóstico

11. Anamnese*

Paciente realizou tratamento prévio ou está em tratamento da doença?*

☐ SIM. Relatar: ☐ NÃO

13. Atestado de capacidade*

A solicitação do medicamento deverá ser realizada pelo paciente. Entretanto, fica dispensada a apresentação da presença física do paciente considerado incapaz de acordo com os artigos 3º e 4º do Código Civil. O paciente é considerado incapaz?

☒ NÃO ☐ SIM. Indicar o nome do responsável pelo paciente, o qual poderá realizar a solicitação do medicamento

14. Nome do médico solicitante* 15. Data da solicitação*

16. Número do documento do médico solicitante*
☐ CPF ou ☐ CNS

17. Assinatura e carimbo do médico*

18. CAMPOS ABAIXO PREENCHIDOS POR*: ☐ Paciente ☐ Mãe do paciente ☐ Responsável (descrito no item 13) ☐ Médico solicitante
e CPF

19. Raça/Cor/Etnia informado pelo paciente ou responsável*

☐ Branca ☐ Amarela
☐ Preta ☐ Indígena. Informar Etnia: _____
☐ Parda ☐ Sem informação

20. Telefone(s) para contato do paciente

21. Número do documento do paciente
☐ CPF ou ☐ CNS

22. Correio eletrônico do paciente

23. Assinatura do responsável pelo preenchimento*

CAMPOS DE PREENCHIMENTO OBRIGATÓRIO

203 - 2

fls: 1.

 Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - NOME DO PACIENTE Edilomir Pedro Simplicio da Silva 4 - Nº DO PRONTUÁRIO _____

5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 710187091145161392 6 - DATA DE NASCIMENTO 06/07/92 7 - SEXO _____ 8 - RAÇA / COR _____

9 - NOME DA MÃE Anite Pedro poquim 10 - TELEFONE DE CONTATO _____

11 - NOME DO RESPONSÁVEL _____ 12 - TELEFONE DE CONTATO _____

13 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Belo Horizonte, 226 15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO _____ 16 - UF RR 17 - CEP _____

14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Boa Vista

PROCEDIMENTO SOLICITADO

18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL Ganho por via 40001 set x / clero 20 - QTD _____

PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)

21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO hemiparesia 2 amp + 568 / 250ml 23 - QTD _____

24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 28 - QTD _____

26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 27 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 29 - QTD _____

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 29 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 30 - QTD _____

30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO HOSPITAL GERAL DE HUMANA 32 - QTD _____

32 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 33 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO Novo Plan 34 - QTD _____

34 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 35 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO N 2915 36 - QTD _____

JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)

38 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Fratura lateral lateral (D) 39 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL _____ 40 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO _____ 41 - CAUSAS _____

40 - OBSERVAÇÕES _____

Ass: Jean E. Gadelha
Mat: 40001351
SAME/HGR

SOLICITAÇÃO

42 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE Juliana Roxto Prange 43 - DATA DE NASCIMENTO 14/04/80 44 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº REGISTRO DO) _____

45 - DOCUMENTO _____ 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

AUTORIZAÇÃO

47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 48 - Cód. Órgão Emissor _____ 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO (APAC) _____

48 - DOCUMENTO _____ 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE _____

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____ 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____ 52 - PERÍODO DE VALIDADE DA A _____

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)

54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 55 - CNES _____

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO / AUTORIZAÇÃO DE PROCEDIMENTO AMBULATORIAL		fls. 1/1	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (SOLICITANTE)						2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE						4 - N° DO PRONTUÁRIO	
3 - NOME DO PACIENTE						8 - RAÇA / COR	
5 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)						7 - SEXO	
5 - DATA DE NASCIMENTO						10 - TELEFONE DE CONTATO	
9 - NOME DA MÃE						12 - TELEFONE DE CONTATO	
11 - NOME DO RESPONSÁVEL							
13 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO)						15 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA						16 - UF	
17 - CEP							
PROCEDIMENTO SOLICITADO						20 - QTD	
18 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL						19 - NOME DO PROCEDIMENTO PRINCIPAL	
PROCEDIMENTO(S) SECUNDÁRIO(S)						23 - QTD	
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO						22 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
24 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO						25 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO						28 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
27 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO						29 - QTD	
30 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO						31 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
33 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO						34 - NOME DO PROCEDIMENTO SECUNDÁRIO	
JUSTIFICATIVA DO(S) PROCEDIMENTO(S) SOLICITADO(S)						37 - CID 10 PRINCIPAL	
38 - CID 10 SECUNDÁRIO						39 - CID 10 CAUSAS A	
35 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO						36 - CID 10 CAUSAS A	
40 - OBSERVAÇÕES							
SOLICITAÇÃO						45 - ASSINATURA E CARIMBO (N° REGISTRO DO C	
41 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE						42 - DATA DE NASCIMENTO	
43 - DOCUMENTO						44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						47 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO						49 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO						51 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE (EXECUTANTE)						52 - N° DA AUTORIZAÇÃO (APAC)	
54 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						55 - CNES	

Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Reposição de Ferro III

**Termo de Esclarecimento e Responsabilidade
Sacarato de Hidróxido de Ferro III**

Eu, _____ (nome do(a) paciente),
declaro ter sido informado(a) claramente sobre benefícios, riscos, contraindicações e principais efeitos
adversos relacionados ao uso de sacarato de hidróxido de ferro III, indicado para o tratamento de
insuficiência renal crônica.

Os termos médicos foram explicados e todas as dúvidas foram resolvidas pelo médico
_____ (nome do médico que prescreve).

Assim, declaro que fui claramente informado(a) de que o medicamento que passo a receber
pode trazer as seguintes melhoras:

- correção da anemia e, conseqüentemente, melhora da capacidade funcional e da qualidade
de vida, além de redução da morbimortalidade pela IRC;
- otimização das doses de alfaepoetina.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contraindicações, potenciais
efeitos adversos e riscos do uso deste medicamento:

- não há relato de efeitos adversos ao feto com o uso de sacarato de hidróxido de ferro III em
doses usuais durante a gravidez; entretanto, caso engravide, devo avisar o médico;
- efeitos adversos já relatados – dor no local de administração, alteração da coloração da
pele, dor no quadrante inferior abdominal, dor de cabeça, dores no corpo, taquicardia;
calorões, náuseas, vômitos, falta de ar, tonturas;
- possibilidade de reações tardias (em relação à administração) – tontura, desmaio, febre,
calafrios, vermelhidão, coceiras, dores pelo corpo, confusão mental;
- possibilidade de reação anafilactoide grave com morte (1 para cada 4 milhões de doses
administradas);
- contraindicado em casos de hipersensibilidade (alergia) ao medicamento em pacientes com
hemocromatose, talassemia, anemia falciforme, anemia hemolítica e anemia associada a
leucemias;
- o risco da ocorrência de efeitos adversos aumentado com a superdosagem.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometendo-
me a devolvê-lo caso não queira ou não possa utilizá-lo, caso o tratamento for interrompido. Sei também
que continuarei a ser atendido(a), inclusive em caso de desistir de usar o medicamento.

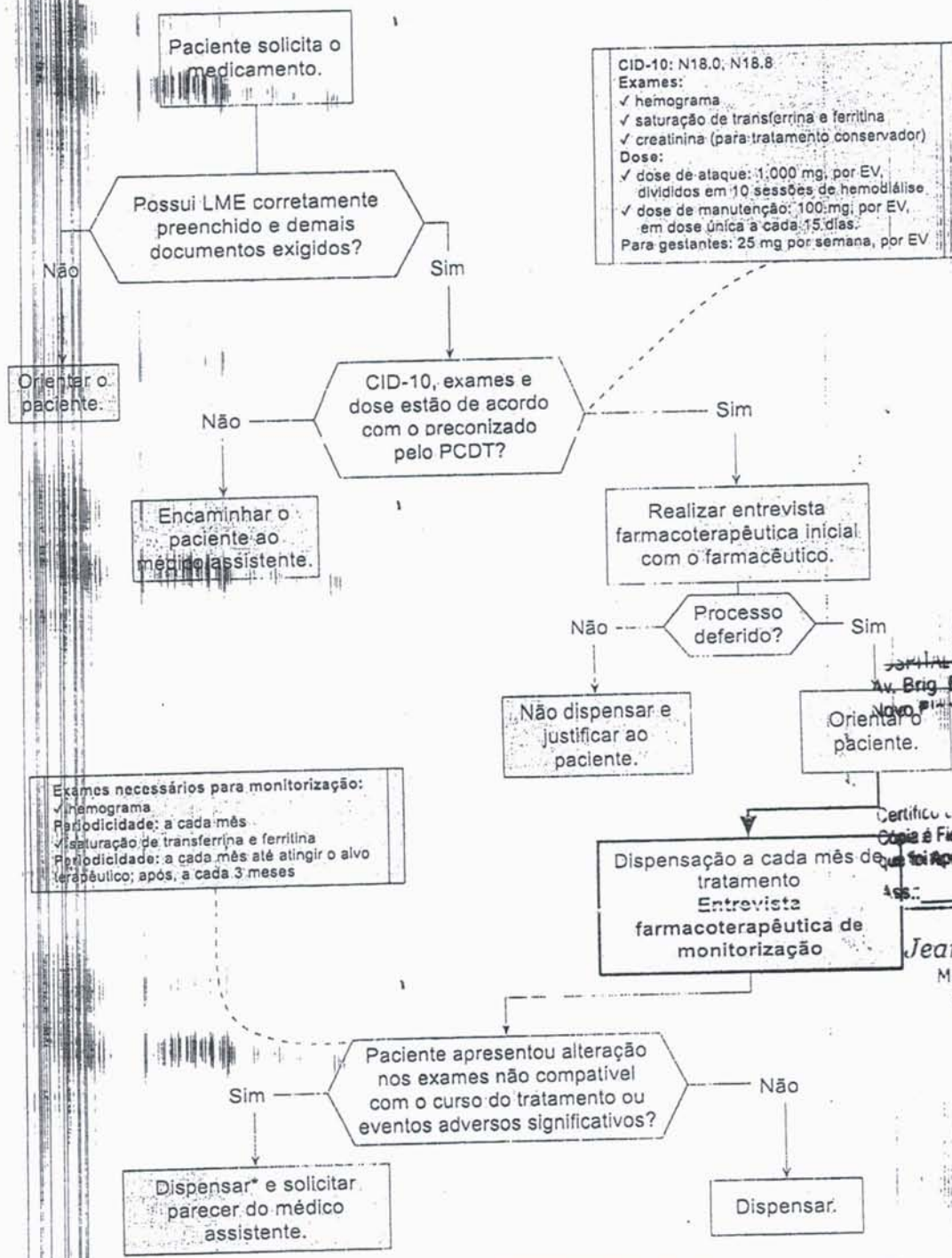
Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazerem uso de informações
relativas ao meu tratamento, desde que assegurado o anonimato.

Local:	Data:
Nome do paciente:	
Cartão Nacional de Saúde:	
Nome do responsável legal:	
Documento de identificação do responsável legal:	
Assinatura do paciente ou do responsável legal	
Médico responsável:	CRM: UF:
Assinatura e carimbo do médico	
Data:	

Observação: Este Termo é obrigatório ao se solicitar o fornecimento de medicamento do Componente
Especializado de Assistência Farmacêutica (CEAF) e deverá ser preenchido em duas vias: uma será
arquivada na farmácia, e a outra, entregue ao usuário ou a seu responsável legal.

Anemia em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica - Reposição de Ferro III

Fluxograma de Dispensação de Sarampo de Ferro III em Pacientes com Insuficiência Renal Crônica



* Observação: se a saturação de transferrina superior a 50% ou ferritina sérica for superior a 800ng/dL (superior a 1.200 ng/dL em pacientes necessitando doses de alfaerpoetina superiores a 225 UI/Kg/semana ou 22.500 UI/semana): não dispensar.

Hospital Geral de Curitiba
 Av. Brig. Faria Lima, 16
 Curitiba, PR - 81212-900
 2015
 Certifico e
 Copia e Fiel Reprodução do Original
 que foi apresentado neste Hospital.
 Ass.:
Jean E. Gadelha
 Mat. 40001351
 SAME/HGR

Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas - Anemia em Pacientes Portadores
de Insuficiência Renal Crônica

Termo de Consentimento Informado
Eritropoetina Humana Recombinante

Eu, _____ (nome do(a) paciente), abaixo
identificado(a) e firmado(a), declaro ter sido informado(a) claramente sobre todas as indicações,
contra-indicações, principais efeitos colaterais e riscos relacionados ao uso do medicamento **eri-
tropoetina**, preconizado para o tratamento da anemia associada à insuficiência renal crônica.

Estou ciente de que este medicamento somente pode ser utilizado por mim, comprometen-
do-me a devolvê-lo caso o tratamento seja interrompido.

Os termos médicos foram explicados e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas pelo
médico _____ (nome do médico que pres-
creve).

Expresso também minha concordância e espontânea vontade em submeter-me ao referido
tratamento, assumindo a responsabilidade e os riscos por eventuais efeitos indesejáveis decorrentes.

Assim, declaro que:

Fui claramente informado(a) de que o medicamento pode trazer os seguintes benefícios:

- redução do número de transfusões sanguíneas;
- melhora sintomática e da qualidade de vida;
- redução da morbimortalidade;
- melhora nas funções neurológicas, endócrinas, cardíacas, imunológicas;
- prevenção e melhora da hipertrofia ventricular esquerda;
- diminuição do número de hospitalizações;
- melhora nas funções cognitivas e na capacidade funcional.

Fui também claramente informado(a) a respeito das seguintes contra-indicações, potenci-
ais efeitos colaterais e riscos:

- medicação classificada na gestação como fator de risco C (significa que risco para o
bebê não pode ser descartado, mas um benefício potencial pode ser maior que os
riscos);
- contra-indicação em casos de hipersensibilidade (alergia) à albumina humana ou a pro-
dutos derivados de células de mamíferos;
- precaução em presença de porfíria, hipertensão e história de convulsões;
- verificação prévia dos estoques de ferro no organismo e reposição caso necessário;
- interrupção do tratamento a qualquer momento caso a hemoglobina se eleve acima de
1,5 g/dl ou o hematócrito se eleve em mais de 4 pontos percentuais num período de 2
semanas;
- ocorrência de efeitos adversos, tais como hipertensão, fadiga, cefaléia, febre, edema,
dor no peito, taquicardia, náuseas, vômitos, diarreia, artralgias, astenia, perda de acesso
venoso, e, mais raramente, infarto do miocárdio, convulsões, falta de ar, rash cutâneo e
reações de hipersensibilidade.

Estou ciente de que posso suspender o tratamento a qualquer momento, sem que este
fato implique qualquer forma de constrangimento entre mim e meu médico, que se dispõe a
continuar me tratando em quaisquer circunstâncias.

Autorizo o Ministério da Saúde e as Secretarias de Saúde a fazer uso de informações
relativas ao meu tratamento para fins de pesquisa desde que assegurado o anonimato.

Declaro ter compreendido e concordado com todos os termos deste Consentimento Infor-
mado.

Assim, o faço por livre e espontânea vontade e por decisão conjunta, minha e de meu
médico.

Certifico a presente
Cópia é Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.
Ass: _____

Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR

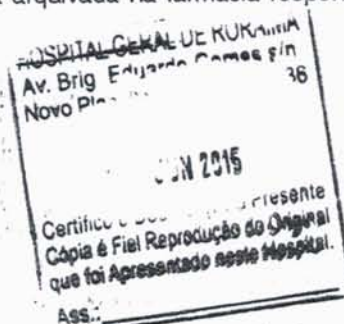
Protocolos Clínicos e Diretrizes Terapêuticas - Medicamentos Excepcionais

Paciente:		
Documento de identidade:		
Sexo: Masculino	Idade:	
Endereço:		
Cidade:	CEP:	Telefone:
Responsável legal (quando for o caso, sempre que o paciente for menor de 18 anos):		
Documento de identidade do responsável legal:		
 Assinatura do paciente ou do responsável legal		

Médico Responsável:	CRM:	UF:
Endereço:		
Cidade:	CEP:	Telefone:
 Assinatura e carimbo do médico		 Data

Observações:

- a) o preenchimento completo deste Termo e sua respectiva assinatura são imprescindíveis para o fornecimento dos medicamentos;
- b) este Termo será preenchido em duas vias: uma será arquivada na farmácia responsável pela dispensação dos medicamentos e com o paciente.



Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PRESCRIÇÃO MÉDICA TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PACIENTE: Edilamar Pedro LEITO: 205-2

MÉDICOS RESPONSÁVEIS: _____

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 12 / 10 / 14.

ITEM	DESCRIÇÃO	HORÁRIO																													
1	Dieta oral livre <u>PI DM + MAS.</u>	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	SND																													
3	Cefalotina 1g lamp EV 6/6h <u>Susp.</u>	12 - 58:54 - 06																													
4	Tenoxicam 20mg - lamp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	18:54																													
5	Omeprazol 40 mg - lamp EV pela manhã	36:54																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h <u>sem dor</u>	12-18-24-06																													
8	Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14-22-06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	S/N <u>14-22-06</u>																													
10	Glicemia capilar (<u>6/6 hs. - Conforme o padrão</u>) Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
	<table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV</td></tr></tbody></table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td>168</td><td>0</td></tr><tr><td>18:00</td><td>230</td><td>02 Lind</td></tr><tr><td>24:00</td><td>270</td><td>04 Lind</td></tr><tr><td>06:00</td><td>95</td><td></td></tr></tbody></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00	168	0	18:00	230	02 Lind	24:00	270	04 Lind	06:00	95	
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00	168	0																													
18:00	230	02 Lind																													
24:00	270	04 Lind																													
06:00	95																														
11	Curativo diário. 1x ao dia																														
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h																														
13	<u>Captopril 25 mg 12/12 hs (an)</u>																														
14	<u>Metoclopramida 10 mg 8/8 hs (an)</u>																														
15	<u>Dipirona 500mg 6/6 hs (an)</u>																														
16	<u>HCTZ 25mg 12/12 hs (an)</u>																														
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM																															
17. Insulín e NPH. <u>17 OUT, 2014</u>																															
18 4130 MANHÃ																															
80130 Noite.																															

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
NOROESTINA 36

108 22
20 22-11-2015

Cópia e Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.

Ass.: _____

Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR

SINAIS VITAIS				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	140 x 60	90		
18:00	100 / 60	80		
24:00	100 / 55	85		
06:00	120 / 60	91		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PRESCRIÇÃO MÉDICA TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PACIENTE: Edilamar Pedro LEITO: 205-1

MÉDICOS RESPONSÁVEIS: _____

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 10/10/14

ITEM	DESCRIÇÃO	HORÁRIO																																	
1	Dieta oral livre <u>D/HAS e DM</u>	SND																																	
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	(12-24)																																	
3	Cefalotina 1g 1amp EV 6/6h <u>scsp</u>	(12-18-24-06)																																	
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	(10-22)																																	
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	(06)																																	
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																																	
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h <u>SN</u>	(12-18-24-06)																																	
8	Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	(14-22-06)																																	
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAS $\geq$ 110 mmHg	S/N																																	
10	Glicemia capilar (<u>6/6 hs</u>). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																																	
	<table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICONE 50% 40 ML EV</td></tr></tbody></table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICONE 50% 40 ML EV	<table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr></thead><tbody><tr><td>290mg/dl</td><td>4UI</td></tr><tr><td>335</td><td>6UI</td></tr><tr><td>109</td><td>—</td></tr></tbody></table>	GLICEMIA	I.R.	290mg/dl	4UI	335	6UI	109	—											
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																																		
200-250	2 UI SC																																		
251-300	4 UI SC																																		
301-350	6 UI SC																																		
351-400	8 UI SC																																		
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																																		
< 70	GLICONE 50% 40 ML EV																																		
GLICEMIA	I.R.																																		
290mg/dl	4UI																																		
335	6UI																																		
109	—																																		
11	Curativo diário 1x ao dia	M																																	
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																																	
13	Captopril 25mg 1cp 12/12hs (u)	20																																	
14	Dipirona 20mg 1cp 12/12hs (u)	20																																	
15	Metoclopramida 50mg 1cp 12/12hs (u)	20																																	
16	HCTZ 25mg 1cp 12/12hs (u)	20																																	
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: (17) Insulina NPH - 18UI SC manhã 20 8UI SC noite 20 GLICEMIA <table border="1"><thead><tr><th>HORA</th><th>GLICEMIA</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td>335</td></tr><tr><td>24:00</td><td>109</td></tr></tbody></table> SINAIS VITAIS <table border="1"><thead><tr><th></th><th>P.A. (mmHg)</th><th>P. (b.p.m.)</th><th>R. (r.p.m.)</th><th>T (°C)</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td>100 x 70</td><td>93</td><td></td><td>36°C</td></tr><tr><td>18:00</td><td>109 x 60</td><td>93</td><td></td><td>36.8°C</td></tr><tr><td>24:00</td><td>151 x 76</td><td>93</td><td></td><td>36.5°C</td></tr><tr><td>06:00</td><td>126 x 67</td><td>93</td><td></td><td>36.4°C</td></tr></tbody></table>			HORA	GLICEMIA	12:00		18:00	335	24:00	109		P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)	12:00	100 x 70	93		36°C	18:00	109 x 60	93		36.8°C	24:00	151 x 76	93		36.5°C	06:00	126 x 67	93		36.4°C
HORA	GLICEMIA																																		
12:00																																			
18:00	335																																		
24:00	109																																		
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)																															
12:00	100 x 70	93		36°C																															
18:00	109 x 60	93		36.8°C																															
24:00	151 x 76	93		36.5°C																															
06:00	126 x 67	93		36.4°C																															

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Faria Lima, 36
Novo Planalto

10 OUT. 2014

Dr. Ivan Lúcio Martins
M. em Ortopedia e Traumatologia
R. em Ortopedia

Ass.: Jean E. Gadelha
Mat. 40001351
SAME/HGR

paciente chorosa, por ter suspenso o curativo.
causando refluxo alimentar.

Prescrição Médica Traumatologia e Ortopedia

Paciente: Edilamar, Pedro

Leito: 205-1

Data: 09/10/14

H.D.: _____ Staff: _____

Medicação

Horário

1) Dieta oral leve PI DM-1/4S.

SND

2) Soro fisiológico 0.9% 1000ml (24hrs)

3) Cefalotina 1g 1 amp ev 6/6h susp.

4) Tilatil 20mg 1 amp ev 12/12h ou 1 comp vo 20mg 12/12h

5) Omeprazol 40mg 1 amp ev pela manhã

6) Plasil 10mg 1 amp ev 8/8h (S/N)

SND

7) Dipirona 500mg/ml--- 2ml ev 6/6h SN

8) Tramadol 100mg + SFO,9% 100ml ev 8/8h circu SN

9) Captopril 25mg 1 cp vo 8/8h se PA>160x100mmHg

10) Sinais Vitais 6/6h

11) Curativo diário

12. Captopril 25mg 1 cp 12/12hs (vo)

13. Nifedipina 20mg 1 cp 12/12hs (vo)

14. Losartana 50mg 1 cp 12/12hs (vo)

15. HCl 25mg 1 cp 12/12hs (vo)

16. Insulina Regular. Conforme Dextro

60-200: 0

201-250: 2UI (SC) 351-400: 4UI (SC)

251-300: 4UI (SC) 401-450: 6UI (SC) chamon

301-350: 6UI (SC) Vanerina

17. Dextro 6/6hs.

18. Insulina NPH.

8UI (SC) Manhã

8UI (SC) Noite

19. Glucose 2 sup 50% (E) AP

Dextro ≤ 60 - chamon planta

mita

Dr. Ivan Leite Morris
Médico CRM-RF 120.120
Especialidade ORTOPEDIA

9 OUT. 2014

HOSPITAL GERAL DE KUKU
Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
Novo Pinheiro

2015
Certifico e dou por presente
Cópia e Fiel Reprodução do Original
que foi Apresentado neste Hospital.

Ass.:
Dextro
Isabel E. Gadelha
132
SAME/HGR

Hora	Mg/dl
12:00	
18:00	
24:00	297
06:00	196

Hora	T	F	g	g
12:00	36	87	-	86x47
18:00	36	99	-	120x56
24:00	36	101	-	120x56

SINAIS VITAIS 6/6hrs

Pressão arterial

Frequência cardíaca

Temperatura

Frequência respiratória

vire

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO							N°												
AGENTES								15	30	45	15	30	45	15	30	45	15	30	45
	N 20																		
	02																		
LÍQUIDOS VENOSOS																			
DA X	*C	240																	
ULSO ●		38	220																
ANES X		36	200																
OP O		34	180																
TEMP □		32	160																
ASPIR. A		30	140																
RESP C			120																
			100																
			80																
			60																
			40																
			20																
	Exponit																		
	Assist																		
	Centro																		
SIMBOLOS																			
AGENTES	DOSES	TÉCNICA	NOTAÇÕES																
A																			
B																			
C																			
D																			
E																			
F																			
G																			
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea Naso / Orotraqueal - Cega Bai - Tamp - Calibre do Tubo Sob Máscara Dificuldade Técnica	HOSPITAL GERAL DE KUKUMIA Av. Brig. Eduardo Gomes s/n Novo Hamburgo - RS JUN 2015 Certificado por este presente Cópia é Fiel Reprodução do Original que foi Apresentado neste Hospital. Ass.: <u>Jean E. Gadelha</u> Mat. 40001351 SAME/HGR																
NDCD																			
SANGUE																			
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA																	
OPERACÃO	PERDA SANGÜINEA																		
Lariango - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito	Hemorragia - Arritmia Bradí Taquicardia - Choque																		
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO																	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PRESCRIÇÃO MÉDICA TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PACIENTE: Eduamar Pedro LEITO: 205-1

MÉDICOS RESPONSÁVEIS: 205-1

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 07/10/14

ITEM	DESCRIÇÃO	HORÁRIO															
1	Dieta oral <u>livre</u> <u>7/DM</u>	SND															
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12 - 24															
3	Cefalotina 1g 1amp EV 6/6h <u>selo off</u>	12 - 18 - 24 - 06															
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	10 - 22															
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06															
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N															
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h <u>SM</u>	<u>12-18-24-06</u>															
8	Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h <u>multidose</u>	<u>14-22-06</u>															
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 100 mmHg	S/N															
10	Glicemia capilar (<u>6/6hs</u>). <u>15-17-21-08</u> S/N Corrigir conforme esquema abaixo:	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GLICEMIA</th> <th>I.R.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:00</td> <td><u>226 mg/dl</u></td> <td><u>24-26</u></td> </tr> <tr> <td>18:00</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24:00</td> <td><u>197 mg/dl</u></td> <td></td> </tr> <tr> <td>06:00</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		GLICEMIA	I.R.	12:00	<u>226 mg/dl</u>	<u>24-26</u>	18:00			24:00	<u>197 mg/dl</u>		06:00		
	GLICEMIA	I.R.															
12:00	<u>226 mg/dl</u>	<u>24-26</u>															
18:00																	
24:00	<u>197 mg/dl</u>																
06:00																	
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLICEMIA</th> <th>INSULINA REGULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200-250</td> <td>2 UI SC <u>226 mg/dl</u></td> </tr> <tr> <td>251-300</td> <td>4 UI SC</td> </tr> <tr> <td>301-350</td> <td>6 UI SC</td> </tr> <tr> <td>351-400</td> <td>8 UI SC</td> </tr> <tr> <td>> 400</td> <td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> <tr> <td>< 70</td> <td>GLICOSE 50% 40 ML EV</td> </tr> </tbody> </table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC <u>226 mg/dl</u>	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																
200-250	2 UI SC <u>226 mg/dl</u>																
251-300	4 UI SC																
301-350	6 UI SC																
351-400	8 UI SC																
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV																
11	Curativo diário 1x ao dia																
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA															
13	<u>Captopril 25mg 1x p/c 12/12hs</u>	<u>08-20-22-15</u>															
14	<u>Metoclopramida 10mg 1x p/c 12/12hs</u>	<u>10-22-06</u>															
15	<u>Dipirona 500mg 1x p/c 12/12hs</u>	<u>12-18-24-06</u>															
16	<u>HCTZ 25mg 1x p/c Manhã</u>	<u>08-20-22-15</u>															
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: 17. <u>Insulina NPH 18u @ Manhã</u> <u>8u @ Noite</u>																	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes s/n
 Novo P.O. M
 16
 ROTINA
 08-20-22-15
 Certifico que a presente
 Cópia é fiel Reprodução do Original
 que foi autografado neste Hospital.
 Ass. Jean E. Gadelha
 Mat. 40001351
 SAME/HGR

07/10/2014
 P. JUDICIAL
 M. 10001351
 L. 10001351

SINAIS VITAIS				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	<u>120 x 64</u>	<u>92</u>	<u>21</u>	<u>36,3°C</u>
18:00	<u>130 x 60</u>			
24:00		<u>78</u>		<u>36,6°C</u>
06:00	<u>110 x 60</u>	<u>76</u>		<u>36,2°C</u>



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EVOLUÇÃO MÉDICA

DATA HORA	EVOLUÇÃO
	<i>Edilamar Pedro Siqueira</i>
<i>09/10/14</i>	<i>Paciente com quadro de</i> <i>fratura Anter. do Joelho</i> <i>(JA CONSOLIDADA) com prax</i> <i>instabilidade</i> <i>conversado na visita do Dia</i> <i>07/10/14 que a fratura</i> <i>dever ser estendida (Solicitar</i> <i>RMN) e após isso conduta</i> <i>não deve ter sido programada</i> <i>por tal motivo se suspende</i> <i>o procedimento.</i>
	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Edjardo Gomes s/n Novo Planalto 36 JUN 2015 Certifico e dou por presente Cópia e Fiel Reprodução do Original que foi Apresentado neste Hospital. Ass: <i>E. Gadelha</i> Mat. 40001351 SAME/HGR <i>Carlos Henrique da Rosa Rodrigues</i> Ortopedia - Traumatologia CRM-RR 463

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PRESCRIÇÃO MÉDICA TRAUMATOLOGIA E ORTOPEDIA

PACIENTE: Edilamar . Pedro LEITO: 205-1

MÉDICOS RESPONSÁVEIS: _____

DIAGNÓSTICO: _____ DATA: 08/10/14

ITEM	DESCRIÇÃO	HORÁRIO																													
1	Dieta oral <u>PI DM.</u>	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12-24																													
3	Cefalotina 1g 1amp EV 6/6h <u>susp.</u>	12-18-24-06																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	10-22																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h <u>AN</u>	12-18-24-06																													
8	Tramadol 100 mg + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h <u>oral susp.</u>	14-22-08																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 100 mmHg	SN																													
10	Glicemia capilar (<u>6/6 hs</u>). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
	<table border="1"> <thead> <tr> <th>GLICEMIA</th> <th>INSULINA REGULAR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>200-250</td> <td>2 UI SC</td> </tr> <tr> <td>251-300</td> <td>4 UI SC</td> </tr> <tr> <td>301-350</td> <td>6 UI SC</td> </tr> <tr> <td>351-400</td> <td>8 UI SC</td> </tr> <tr> <td>> 400</td> <td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td> </tr> <tr> <td>< 70</td> <td>GLICOSE 50% 40 ML EV</td> </tr> </tbody> </table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV	<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>GLICEMIA</th> <th>I.R.</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12:00</td> <td>156</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18:00</td> <td>138</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24:00</td> <td>194</td> <td></td> </tr> <tr> <td>06:00</td> <td>175</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		GLICEMIA	I.R.	12:00	156		18:00	138		24:00	194		06:00	175	
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00	156																														
18:00	138																														
24:00	194																														
06:00	175																														
11	Curativo diário 1x ao dia																														
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h																														
13	<u>Captopril 25mg 1cp 12/12hs (AN)</u>	<u>08</u>																													
14	<u>Dipirona 500mg 1cp 12/12hs (AN)</u>	<u>10</u>																													
15	<u>Tenoxicam 20mg 1cp 12/12hs (AN)</u>	<u>10</u>																													
16	<u>HTZ 25mg 1cp manhã (AN)</u>	<u>08</u>																													
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM: 17. insulina NPH 18UI @ manhã 8UI @ noite Dr. Ivan Leite Morris M. em ORT. 1.16 RESIDENTE ORTOPEDIA 08 OUT. 2014 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. B. de Aguiar Gomes s/n Novo Brejo - Roraima - 69300-000 Fone: (68) 3211-2315 Certifico e dou a presente Cópia e Fiel Reprodução do Original que foi Apresentado neste Hospital. Ass.: 22 Jean E. Gadelha Mat. 40001351 SAME/HGR																															

SINAIS VITAIS				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	130 X 60	90	19	35°C
18:00	113 X 52	85 bpm		35.4°C
24:00	120 X 20	80	16	36.1°C
06:00	120 X 60	85	16	36