

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

Outorgante: Sr. **ONILDO MARIA DE SOUSA**, Brasileiro, solteiro, auxiliar de depósito, portador da cédula de identidade nº 301677-3 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 926.498.312-00, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Cidade Cascavel, nº 201, Bairro: Equatorial, CEP: 69.317-328. Tel: (95) 99117-8229 E-mail: onildosousa56@gmail.com.

Outorgado: Bel. **MARLON TAVARES DANTAS**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula "ad judicium", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado 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 carácter de contrato de honorários.

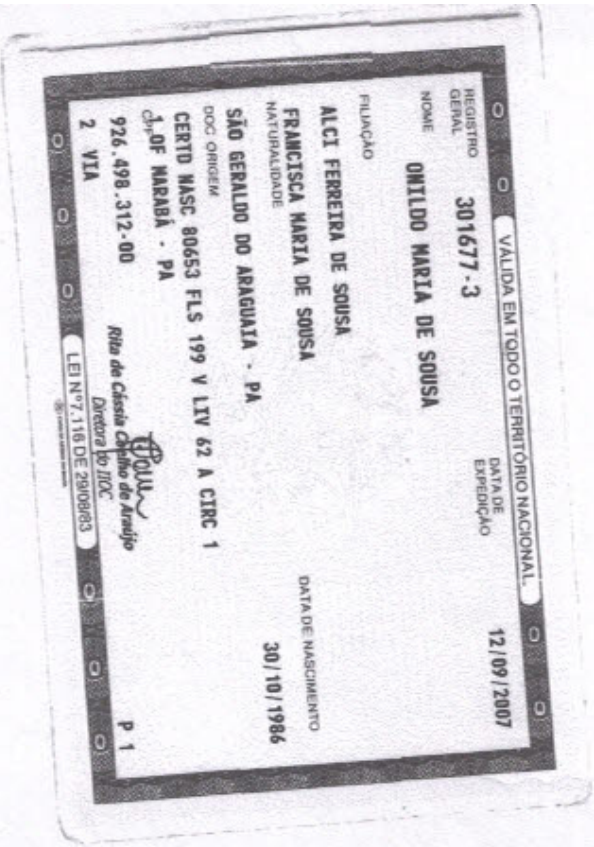
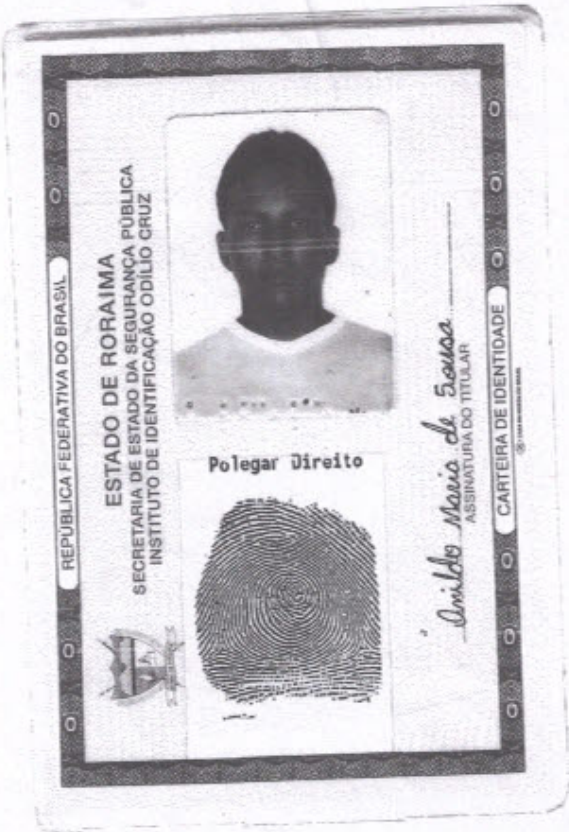
Boa Vista/RR, 06 / 06 2019.


ONILDO MARIA DE SOUSA



POLEGAR DIREITO

Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99171-7145/98100-7145
E-mail: marlondantasadvocacia@gmail.com



ADVOCACIA

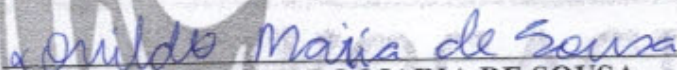
ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ONILDO MARIA DE SOUSA, Brasileiro, solteiro, auxiliar de deposito, portador da cédula de identidade nº 301677-3 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 926.498.312-00, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Cidade Cascavel, nº 201, Bairro: Equatorial, CEP: 69.317-328.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 06 / 06 / 2019


ONILDO MARIA DE SOUSA



POLEGAR DIREITO

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras informe o NÚMERO

002488881 FCAM

0075527-3

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Gomes 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.941.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.020-9
Nº de Nota Fiscal: 002488881

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

MARÇO/2019 01/04/2019 151 172,31

FRANCISCA MARIA DE SOUZA
R. CIDADE CASCAVEL 201 EQUATORIAL
CPF: 00059512384291
CEP: 69.217-328 - BOA VISTA

ROT: 30.001.21.06.230400

Ativo	22252	Antigo	11/03/2019
Anterior	22101	Anterior	07/02/2019
Constante de Multiplicação	1,000	Próxima Letura	11/04/2019
Consumo Medido	151	Emissão	06/03/2019
Consumo Estimado	151	Arrecadação	11/03/2019

NORMAL 37

RESIDENCIAL	MONO	2104749	M 1407448	1.1.1.1	155
-------------	------	---------	-----------	---------	-----

Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo	Consumo
FEV/19	136	CONSUMO	151 A R\$ 0,774260 =	116,91	
JAN/19	145	REAJUSTE DE PREÇOS			
DEZ/18	149	REAJUSTE MONETÁRIO DA 1ª			
NOV/18	160	REAJUSTE MONETÁRIO DA 2ª			
OUT/18	154	MULTA POR ATRASO DE 21			
SET/18	169	JUROS DE MORA POR ATRASO			
AGO/18	136	MULTA POR ATRASO DE 21			
JUL/18	136	JUROS DE MORA POR ATRASO			
JUN/18	136	JUROS DE MORA DE 120			
MAY/18	136	ILUMINAÇÃO PÚBLICA			

Valor R\$ 156,78

Unidade consumidora sujeita a desconto de participação de energia elétrica a partir de 25-03-2019, em função das novas condições desta tarifa. O novo pagamento deverá considerar o valor de desconto de 10% do consumo de 151 kWh. O valor a pagar será de R\$ 156,78 (valor anterior) menos o valor de 15,67 (valor anterior), caso tenha sido o pagamento favor desconectar esta tarifa.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
SE VOCE RECEBE O BOLSA FAMÍLIA, VOCE TEM DIREITO A DESCONTO NA TARIFA DE ENERGIA, FAÇA O CADASTRO EM NOSSO POSTO DE ATENDIMENTO, MAIS INFORMAÇÕES, LIGUE PARA 0800 7019 120.

RESERVADO AO FISCO C446.9B77.50AA.2EDF.5F86.355C.06F4.6371

Distribuição	29,87	Base de Cálculo	116,91
Energia	62,90	Alíquota ICMS	17,00%
Transmissão	0,00	Valor do ICMS	19,87
Encargos	3,25	Valor do PIS	0,21
Tributos	21,08	Valor do COFINS	1,00

8,85	17,20	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
2,13			7,00			0,52

DISTRITO 01/2019 47,57

ROT: 30.001.21.06.230400

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ené Gomes 591 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.941.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.020-9

Nº de Nota Fiscal: 002488881 FCAM

0075527-3

MÊS FATURADO 03/2019

VENCIMENTO 01/04/2019

836000000001 5 72310075000 6 000000000075 2 527303190008 8

SEQ.: 00135 UC: 0075527-3 DT.LEIT.: 11/03/2019 T.ENTR.: 04

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ONILDO MARIA DE SOUSA, Brasileiro, solteiro, auxiliar de depósito, portador da cédula de identidade nº 301677-3 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 926.498.312-00, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Cidade Cascavel, nº 201, Bairro: Equatorial, CEP: 69.317-328.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

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

Boa Vista/RR, 06 / 06 / 2019.

Onildo Maria de Sousa
ONILDO MARIA DE SOUSA



POLEGAR DIREITO

TRABALHADOR

Esta é a sua **Carteira de Trabalho e Previdência Social - CTPS**, documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao Fundo de Garantia do tempo de serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

ESTA CARTEIRA CONTÉM 50 PÁGINAS NUMERADAS



MINISTÉRIO DO TRABALHO
SECRETARIA DE POLÍTICAS DE EMPREGO E SALÁRIO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

PIS/PASEP

126.36983.66-1

NÚMERO	SÉRIE	UF
2652245	001-0	RR

Anildo Maria de Sousa

ASSINATURA DO TITULAR





POLÍCIA FEDERAL



10		11	
CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR: 60895845253		EMPREGADOR:	
COCOP/CEI:		COCOP/CEI:	
ENDEREÇO:		ENDEREÇO:	
MUNICÍPIO:		MUNICÍPIO:	
ESP. DO ESTABELECIMENTO:		ESP. DO ESTABELECIMENTO:	
CARGO:		CARGO:	
CBO Nº: 483210		CBO Nº:	
DATA DE ADMISSÃO: 21 DE outubro DE 19.2014		DATA DE ADMISSÃO:	
REGISTRO Nº:		REGISTRO Nº:	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 744,00 (Sete centos e quarenta e quatro reais)		REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA:	
1ª:		1ª:	
2ª:		2ª:	
DATA DE SAÍDA:		DATA DE SAÍDA:	
1ª:		1ª:	
2ª:		2ª:	
COM. DISPENSA CD Nº:		COM. DISPENSA CD Nº:	
FGTS Nº DA CONTA:		FGTS Nº DA CONTA:	

09		08	
CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR: 05.200.179 / 0001-44		EMPREGADOR:	
COCOP/CEI: DISTRIBUIDORA RENASCER LTDA		COCOP/CEI:	
ENDEREÇO: AV. Mario Homen de Melo, N.º 804		ENDEREÇO:	
MUNICÍPIO: TAIAC, NAVE - CEP 83412-000		MUNICÍPIO:	
ESP. DO ESTABELECIMENTO:		ESP. DO ESTABELECIMENTO:	
CARGO:		CARGO:	
CBO Nº: 52.425		CBO Nº: 5199-35	
DATA DE ADMISSÃO: 18 DE Outubro DE 2013		DATA DE ADMISSÃO: 16 de janeiro de 2013.	
REGISTRO Nº: 159002 NIS / NCHA: 61-43		REGISTRO Nº: 01	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 698,00 (Seiscentos e noventa e oito reais)		REMUNERAÇÃO: R\$ 698,00 por mês	
1ª:		1ª:	
2ª:		2ª:	
DATA DE SAÍDA: 12/12/2013		DATA DE SAÍDA: 12/12/2013	
1ª:		1ª:	
2ª:		2ª:	
COM. DISPENSA CD Nº:		COM. DISPENSA CD Nº:	
FGTS Nº DA CONTA:		FGTS Nº DA CONTA:	

Emp.: POLO VEÍCULOS LTDA-ME

CNPJ: 07.426.863/0001-74

End.: Av. Gen. Ataide Telve

Nº: 2672

CEP: 69309-000

UF: RR

Cidade: Boa Vista

Liberdade

ESP. Estabelec.: Concessionária Autos

Cargo: Lavador de Veículos

Data de Admissão: 16 de janeiro de 2013.

Registro nº: 01

Remuneração: R\$ 698,00 por mês

((seiscentos e noventa e oito reais)))

16.134

ADALBERTO DA SILVA

Administrador

06 **CONTRATO DE TRABALHO**

104.238.977/0001-631

EMPREGADOR **COPAN - Const. Pavimentação e Terraplenagem do Norte Ltda.**

CGC/CNPJ **104.238.977/0001-631**

ENDEREÇO **Av. Via das Flores, 902 - Pricumã**

MUNICÍPIO **BOA VISTA/RR** UF **RR**

ESP. DO ESTABELECIMENTO **SERVIÇOS GERAIS**

CARGO **S142-15**

DATA DE ADMISSÃO **02** DE **ABRIL** DE **2008**

REGISTRO Nº **1624** FLS. / FOLHA **1624**

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA **R\$ 415,00 (QUATRO CENTOS E QUINZE REAIS)**

COPAN LTDA

Gleicy E. da C. Santos

DATA DE SAÍDA **02** DE **MAIO** DE **2008**

Gleicy E. da C. Santos

Sócia - Gerente

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

CONTRATO DE TRABALHO **104.238.977/0001-631**

EMPREGADOR **L. M. SGUÁRIO E SILVA**

CGC/CNPJ **Av. Clayton de Faria, Nº 2000 - São Vicente**

ENDEREÇO **CEP: 09.308-340**

MUNICÍPIO **BOA VISTA/RR** UF **RR**

ESP. DO ESTABELECIMENTO **Comércio**

CARGO **Aux. Repostagem**

CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO **19** DE **Janeiro** DE **2010**

REGISTRO Nº **DS-5-0** FLS. / FOLHA **Folha**

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA **R\$ 510,00 (QUINHENTA E DEZ REAIS)**

L. M. SGUÁRIO E SILVA

Dep. Pessoal

DATA DE SAÍDA **19** DE **MAIO** DE **2012**

L. M. SGUÁRIO E SILVA

Dep. Pessoal

COM. DISPENSA CD Nº

FGTS Nº DA CONTA

04 **DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR**

GRUPO SANGÜÍNEO FATOR RH ☐ SIM ☐ NÃO

DIABETE ☐ SIM ☐ NÃO

HEMOFILIA ☐ SIM ☐ NÃO

ALERGIAS ☐ SIM ☐ NÃO

DOADOR DE ÓRGÃOS (Dec. nº 379, de 12 de julho de 1993) ☐ SIM ☐ NÃO

CARTEIRAS ANTERIORES

NÚMERO	SÉRIE	UF	DATA DE EMISSÃO

05 **REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS**

NOME DO TITULAR

REGISTRADO EM **1/1** SOB. Nº **1** LIVRO Nº **1**

FLS. PROC. Nº

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

REGISTRADO EM **1/1** SOB. Nº **1** LIVRO Nº **1**

FLS. PROC. Nº

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

REGISTRADO EM **1/1** SOB. Nº **1** LIVRO Nº **1**

FLS. PROC. Nº

PROFISSÃO

FUNÇÃO

LEGISLAÇÃO

LOCAL DATA ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 311 **/2017 - Boa Vista-RR, em**
20/03/2017.

COMUNICANTE: ONILDO MARIA DE SOUSA

RG: 3016773

O. EXP.: SSP: PA

CPF.: 926.498.312-00

ENDEREÇO: RUA CIDADE CASCAVEL

Nº: 201

BAIRRO: EQUATORIAL

CIDADE: BOA VISTA

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: LOGISTICA EXTERNO

NATURALIDADE: SÃO GERALDO DO ARAGUAIA

ESTADO: PARÁ

DATA DE NASCIMENTO: 30/10/1986

IDADE: 30

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS.MEDIO

COMPLETO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO **TELEFONE:** (95) 99126-3649 **Nº REG. CNH:** 05690067803

NOME DO PAI: ALCI FERREIRA DE SOUSA

NOME DA MÃE: FRANCISCA MARIA DE SOUSA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 22:00 horas, do dia 10/12/2016, na AV ATAIDE TEIVE, BAIRRO EQUATORIAL, aconteceu o seguinte fato:

O comunicante informa que estava conduzindo a MOTOCICLETA HONDA/CG 125 TITAN ES de PLACA: NAL-9339, CHASSI: 9C2JC30201R082981 de propriedade do Sr. ONILDO MARIA DE SOUSA quando seguia na Av. acima citada sentido centro um veículo carro de cor, placa, chassi e proprietário não identificado ao fazer uma conversão para a esquerda não tendo como desviar do mesmo batendo no para-choque dianteiro ocasionando o acidente, informa ainda que após o ocorrido foi socorrido pela EQUIPE DO SAMU e levado ao PSE-HGR. É o relato.

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: (Código 14.999) - APOIO SERVIÇOS DIVERSOS.
OBSERVAÇÃO: REGISTRO EXCLUSIVO PARA FINS DE SEGURO DPVAT.

Onildo Maria de Sousa
Comunicante

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

DEPARTAMENTO DE SINISTROS
DPVAT
CONTEUDO NAO VERIFICADO
06 ABR 2017
Gente Seguradora S.A.
Av. Capitão Julio Bezerra, 484 Sala 4
Boa Vista - RR - CEP 69301-410

**DE ORDEM DO DELEGADO
RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA**

23/03/17
[Assinatura]
Conferência Recebedor

DOCUMENTOS ANEXOS

• RG E CPF

• CNH

• CRLV

• PRONTUARIO MEDICO

• ROP/PM OU BAT/PRF

• FICHA DO SAMU OU RESGATE

• COMPROVANTE DE ENDEREÇO

22 MAR. 2017

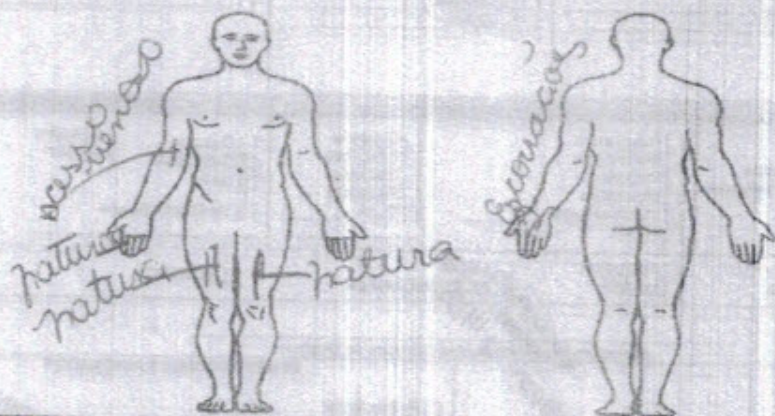
AGU... ..UENIA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrj.jus.br/projudi/> - Identificador: P.18HC GKKV6 XO



Paciente masculino, 30 anos, LOTE, vítima de colisão carro x moto, em rua pública em decubito dorsal, com natureza de ferimento bilateral e indicadores da mão direita realiza o protocolo de trauma, SSV estáveis e conforme medida reguladora paciente encaminhado ao trauma HGR com urg.

12/2/2019



CONFERE COM O ORIGINAL
EM 10/12/12

GESTANTE G p/ semana: _____ Perda de líquido: ☒ Sim ☐ Não ☐ Com cartão ☒ Sem cartão		MATERIAL E MEDICAÇÃO 3 RL 500 ml, 01 feto 14, 01 cateter 03 alavêres 12 cm, 2 adutoras 15 cm 01 esguicho, 30% extracardíaco 02 amp oxirênina, 01 talal 40 mg 01 seringa 20 ul, 01 agulha 40x12
--	--	---



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

SUS 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							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				8 - Nº DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
8981003034129086				30/11/86			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				9 - SEXO			
Francisca Maria de Sousa				M			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE			
R. Cidade Cascavel 201 Alto Campos							
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
Boa Vista				RR		16 - CEP	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
Fratura e fratura (D e G)				Fratura e fratura (D e G)			
CPS e fratura de um osso				CPS e fratura de um osso			
+ fratura do osso da mão de				+ fratura do osso da mão de			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Cirurgia				Gn - fratura + RA.			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				21 - CID 10 PRINCIPAL			
Fratura de fratura (D e G)				22 - CID 10 SECUNDÁRIO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA				27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO			
Ortopedia				28 - DOCUMENTO			
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE			
Dr. Marcelo Leite				Dr. Rodrigo Al Melo			
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				32 - ASSINATURA E CARIMBO (MAGO REGISTRO DO CONSELHO)			
11/12/16				11/12/16			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				37 - Nº DO BILHETE			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO				38 - SÉRIE			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				39 - CNPJ DA EMPRESA			
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				40 - CNPJ DA EMPRESA			
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				41 - CBO			
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO				46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				48 - ASSINATURA E CARIMBO (MAGO REGISTRO DO CONSELHO)			
10/12/16				10/12/16			
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
				0408050519-0 5723			
				V299			

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi - Identificador: PJYVA 2WEKW F7P96 8WPBD

ASA II
jejum: 06h30 min



* Relato uso de alcool em 2015

200 Alergia P
H. P. O

GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
"Amor e Paz" - "Estado do Rio de Janeiro"

FICHA DE ANESTESIA

Unildo Maria de Sousa 30 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
Não utilizado		01-116 11/12/16
01 15 30 45 02 15 30 45 03 15 30 45 04 15 30 45 05 15 30 45		
AGENTES	N 20-1 01 02 03 04 05 06 07 08 09 10 11 12 13 14 15 16 17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28 29 30 31 32 33 34 35 36 37 38 39 40 41 42 43 44 45 46 47 48 49 50 51 52 53 54 55 56 57 58 59 60 61 62 63 64 65 66 67 68 69 70 71 72 73 74 75 76 77 78 79 80 81 82 83 84 85 86 87 88 89 90 91 92 93 94 95 96 97 98 99 100	
LÍQUIDOS VENOSOS	H 10 X 5 Y 14 R 10 S 10 T 10 U 10 V 10 W 10 X 10 Y 10 Z 10 AA 10 AB 10 AC 10 AD 10 AE 10 AF 10 AG 10 AH 10 AI 10 AJ 10 AK 10 AL 10 AM 10 AN 10 AO 10 AP 10 AQ 10 AR 10 AS 10 AT 10 AU 10 AV 10 AW 10 AX 10 AY 10 AZ 10 BA 10 BB 10 BC 10 BD 10 BE 10 BF 10 BG 10 BH 10 BI 10 BJ 10 BK 10 BL 10 BM 10 BN 10 BO 10 BP 10 BQ 10 BR 10 BS 10 BT 10 BU 10 BV 10 BW 10 BX 10 BY 10 BZ 10 CA 10 CB 10 CC 10 CD 10 CE 10 CF 10 CG 10 CH 10 CI 10 CJ 10 CK 10 CL 10 CM 10 CN 10 CO 10 CP 10 CQ 10 CR 10 CS 10 CT 10 CU 10 CV 10 CW 10 CX 10 CY 10 CZ 10 DA 10 DB 10 DC 10 DD 10 DE 10 DF 10 DG 10 DH 10 DI 10 DJ 10 DK 10 DL 10 DM 10 DN 10 DO 10 DP 10 DQ 10 DR 10 DS 10 DT 10 DU 10 DV 10 DW 10 DX 10 DY 10 DZ 10 EA 10 EB 10 EC 10 ED 10 EE 10 EF 10 EG 10 EH 10 EI 10 EJ 10 EK 10 EL 10 EM 10 EN 10 EO 10 EP 10 EQ 10 ER 10 ES 10 ET 10 EU 10 EV 10 EW 10 EX 10 EY 10 EZ 10 FA 10 FB 10 FC 10 FD 10 FE 10 FF 10 FG 10 FH 10 FI 10 FJ 10 FK 10 FL 10 FM 10 FN 10 FO 10 FP 10 FQ 10 FR 10 FS 10 FT 10 FU 10 FV 10 FW 10 FX 10 FY 10 FZ 10 GA 10 GB 10 GC 10 GD 10 GE 10 GF 10 GG 10 GH 10 GI 10 GJ 10 GK 10 GL 10 GM 10 GN 10 GO 10 GP 10 GQ 10 GR 10 GS 10 GT 10 GU 10 GV 10 GW 10 GX 10 GY 10 GZ 10 HA 10 HB 10 HC 10 HD 10 HE 10 HF 10 HG 10 HH 10 HI 10 HJ 10 HK 10 HL 10 HM 10 HN 10 HO 10 HP 10 HQ 10 HR 10 HS 10 HT 10 HU 10 HV 10 HW 10 HX 10 HY 10 HZ 10 IA 10 IB 10 IC 10 ID 10 IE 10 IF 10 IG 10 IH 10 II 10 IJ 10 IK 10 IL 10 IM 10 IN 10 IO 10 IP 10 IQ 10 IR 10 IS 10 IT 10 IU 10 IV 10 IW 10 IX 10 IY 10 IZ 10 JA 10 JB 10 JC 10 JD 10 JE 10 JF 10 JG 10 JH 10 JI 10 JJ 10 JK 10 JL 10 JM 10 JN 10 JO 10 JP 10 JQ 10 JR 10 JS 10 JT 10 JU 10 JV 10 JW 10 JX 10 JY 10 JZ 10 KA 10 KB 10 KC 10 KD 10 KE 10 KF 10 KG 10 KH 10 KI 10 KJ 10 KK 10 KL 10 KM 10 KN 10 KO 10 KP 10 KQ 10 KR 10 KS 10 KT 10 KU 10 KV 10 KW 10 KX 10 KY 10 KZ 10 LA 10 LB 10 LC 10 LD 10 LE 10 LF 10 LG 10 LH 10 LI 10 LJ 10 LK 10 LL 10 LM 10 LN 10 LO 10 LP 10 LQ 10 LR 10 LS 10 LT 10 LU 10 LV 10 LW 10 LX 10 LY 10 LZ 10 MA 10 MB 10 MC 10 MD 10 ME 10 MF 10 MG 10 MH 10 MI 10 MJ 10 MK 10 ML 10 MN 10 MO 10 MP 10 MQ 10 MR 10 MS 10 MT 10 MU 10 MV 10 MW 10 MX 10 MY 10 MZ 10 NA 10 NB 10 NC 10 ND 10 NE 10 NF 10 NG 10 NH 10 NI 10 NJ 10 NK 10 NL 10 NM 10 NN 10 NO 10 NP 10 NQ 10 NR 10 NS 10 NT 10 NU 10 NV 10 NW 10 NX 10 NY 10 NZ 10 OA 10 OB 10 OC 10 OD 10 OE 10 OF 10 OG 10 OH 10 OI 10 OJ 10 OK 10 OL 10 OM 10 ON 10 OO 10 OP 10 OQ 10 OR 10 OS 10 OT 10 OU 10 OV 10 OW 10 OX 10 OY 10 OZ 10 PA 10 PB 10 PC 10 PD 10 PE 10 PF 10 PG 10 PH 10 PI 10 PJ 10 PK 10 PL 10 PM 10 PN 10 PO 10 PP 10 PQ 10 PR 10 PS 10 PT 10 PU 10 PV 10 PW 10 PX 10 PY 10 PZ 10 QA 10 QB 10 QC 10 QD 10 QE 10 QF 10 QG 10 QH 10 QI 10 QJ 10 QK 10 QL 10 QM 10 QN 10 QO 10 QP 10 QQ 10 QR 10 QS 10 QT 10 QU 10 QV 10 QW 10 QX 10 QY 10 QZ 10 RA 10 RB 10 RC 10 RD 10 RE 10 RF 10 RG 10 RH 10 RI 10 RJ 10 RK 10 RL 10 RM 10 RN 10 RO 10 RP 10 RQ 10 RR 10 RS 10 RT 10 RU 10 RV 10 RW 10 RX 10 RY 10 RZ 10 SA 10 SB 10 SC 10 SD 10 SE 10 SF 10 SG 10 SH 10 SI 10 SJ 10 SK 10 SL 10 SM 10 SN 10 SO 10 SP 10 SQ 10 SR 10 SS 10 ST 10 SU 10 SV 10 SW 10 SX 10 SY 10 SZ 10 TA 10 TB 10 TC 10 TD 10 TE 10 TF 10 TG 10 TH 10 TI 10 TJ 10 TK 10 TL 10 TM 10 TN 10 TO 10 TP 10 TQ 10 TR 10 TS 10 TT 10 TU 10 TV 10 TW 10 TX 10 TY 10 TZ 10 UA 10 UB 10 UC 10 UD 10 UE 10 UF 10 UG 10 UH 10 UI 10 UJ 10 UK 10 UL 10 UM 10 UN 10 UO 10 UP 10 UQ 10 UR 10 US 10 UT 10 UU 10 UV 10 UW 10 UX 10 UY 10 UZ 10 VA 10 VB 10 VC 10 VD 10 VE 10 VF 10 VG 10 VH 10 VI 10 VJ 10 VK 10 VL 10 VM 10 VN 10 VO 10 VP 10 VQ 10 VR 10 VS 10 VT 10 VU 10 VV 10 VW 10 VX 10 VY 10 VZ 10 WA 10 WB 10 WC 10 WD 10 WE 10 WF 10 WG 10 WH 10 WI 10 WJ 10 WK 10 WL 10 WM 10 WN 10 WO 10 WP 10 WQ 10 WR 10 WS 10 WT 10 WU 10 WV 10 WW 10 WX 10 WY 10 WZ 10 XA 10 XB 10 XC 10 XD 10 XE 10 XF 10 XG 10 XH 10 XI 10 XJ 10 XK 10 XL 10 XM 10 XN 10 XO 10 XP 10 XQ 10 XR 10 XS 10 XT 10 XU 10 XV 10 XW 10 XX 10 XY 10 XZ 10 YA 10 YB 10 YC 10 YD 10 YE 10 YF 10 YG 10 YH 10 YI 10 YJ 10 YK 10 YL 10 YM 10 YN 10 YO 10 YP 10 YQ 10 YR 10 YS 10 YT 10 YU 10 YV 10 YW 10 YX 10 YY 10 YZ 10 ZA 10 ZB 10 ZC 10 ZD 10 ZE 10 ZF 10 ZG 10 ZH 10 ZI 10 ZJ 10 ZK 10 ZL 10 ZM 10 ZN 10 ZO 10 ZP 10 ZQ 10 ZR 10 ZS 10 ZT 10 ZU 10 ZV 10 ZW 10 ZX 10 ZY 10 ZZ 10	

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Bupivacaína 0,5% 10mg		Raqui anestesia hiperbárica com bomba simples	X - Monitorização + cheagem do equipamento
B		Ventilação espontânea	1 - Raqui hiper barométrica, L3-L4
C			via paravertebral a 0,5% de bupivacaína
D			26g quinidina 1mg de bupivacaína
E			de 0,5% 10mg
F			2 - upletina 0,2g ev
G			3 - Ondansetrona 0,5mg ev
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cálcio - NaCl / Oro Farinha	4 - Ondansetrona 0,5mg ev
NaCl 0,9% 200 ml		NaCl / Ondansetrona - Carga	5 - Tensar 40mg ev
SANGUE		NaCl - Tamp - Colóide de Tuber	6 - Tramadol 100mg ev
RL 500 ml		NaCl - Tamp - Colóide de Tuber	
TOTAL 2500 ml		NaCl - Tamp - Colóide de Tuber	
OPERAÇÃO: Raduário e fixação de parafusos de fixação bilateral		NaCl - Tamp - Colóide de Tuber	
ANESTESIA	CRIOLOGIA	CRIOLOGIA	PERDA SANGÜÍNEA
Pabian, Celso R.	Manuel E. / Wilber	Manuel E. / Wilber	Compatível

HOSPITAL GERAL DE RIO DE JANEIRO
Av. Eng. Eduardo Gomes, 5/A
Nova Pádua - Tel (51) 2121-3520
AUTENTICAÇÃO
135 FEB
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel reprodução Original que foi apresentado neste Hospital

Dr. Celso Rodrigues Wanderley Jr.
Médico Residente
Anestesiologia
CRM-RR 1580

Oinildo Maria de Sousa

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Oinildo Maria de Sousa LEITO:

DIAGNÓSTICO: Fratura de fêmur (C16) DATA: 11/12/16

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	(12-24)																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	(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	12h (12-18-24) 02-24																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	S/N 14-22-06																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS ≥ 160 e/ou PAD ≥ 100 mmHg	SN																													
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
	<table><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 + AVISAR AO PLANTONISTA</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 + AVISAR AO PLANTONISTA	<table><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></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
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 + AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11	Curativo diário 1x ao dia																														
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h																														
13	Medicamento 1mg + 9ml 12/12h																														
14	3l (6) 4/4h 12/12h	S/N																													
15	Ureter 40-1 (SC) 1x dia																														
16	Fluor 500 12/12h																														
Evolução Médica:																															
No 1º dia de internação																															
Passar sonda vesical de 20ml																															
Dr. Adilson Leonel Médico CRM-RR 1779																															
Dr. Rodrigo A. Melo Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1828																															
SINAIS VITAIS																															
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)																											
12:00	120/80	70	80	36																											
18:00																															
24:00																															
06:00	80/80	80	20	36																											

deu entrada as 03:05 PM
Obs as 14h 38°C

diurese 1000 ml



ESTADO DE RORAIMA
AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASIL EIROSP
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

0600" 414-T-1

[illegible]

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO (V. CÓD. SOLICITANTE)				2 - CNES	
HGR					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES	
HGR					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Anildo Morio de Souza					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
898000910391129986				30/10/86	
9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				10 - SEXO	
Francisca moria de saude				M	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				12 - TELEFONE DE CONTATO	
R. Cidade Vasconcelos					
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CDD. ECE MUNICÍPIO	
Bom União				R	
15 - CEP					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
Fest. de feridas difusas				D.	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				HOSPITAL CEFAP DE RORAIMA Av. B-6, Edifício Gomes, S/N São Mateus, TO (91) 211-0411 AUTENTICAÇÃO 15/12/16 Júlio Carimbo e Assinatura de quem a presente cópia é verdadeira com o original que foi apresentado neste hospital	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				20 - CDD. 10 PRINCIPAL, 20 - CDD. 10 SECUNDÁRIO 21 - CDD. 10 OUTROS	
Re + anamnese + ex. físico.					
22 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				23 - CDD. 10 PRINCIPAL, 23 - CDD. 10 SECUNDÁRIO 24 - CDD. 10 OUTROS	
Fest. de feridas D.					
25 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				26 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Osteossíntese de fêmur					
27 - CLÍNICA				28 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
Ortop				() CDD () CDD	
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				30 - Nº DOCUMENTO (CDD/CDD) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	
Dr. Marcelo A. de Riquelme				14/12/16	
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				32 - ASSINATURA E CARIMBO (PP) DO REGISTRO DO CONSELHO	
14/12/16				Dr. Arh	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				33 - Nº DO BILHETE	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO				35 - SÉRIE	
36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				37 - CDD. 10 PRINCIPAL, 37 - CDD. 10 SECUNDÁRIO 38 - CDD. 10 OUTROS	
39 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO				39 - CDD. 10 PRINCIPAL, 39 - CDD. 10 SECUNDÁRIO 40 - CDD. 10 OUTROS	
41 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				42 - CDD. 10 PRINCIPAL, 42 - CDD. 10 SECUNDÁRIO 43 - CDD. 10 OUTROS	
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () ACIDENTADO () NÃO SEGURO					
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				45 - CDD. 10 PRINCIPAL, 45 - CDD. 10 SECUNDÁRIO 46 - CDD. 10 OUTROS	
47 - Nº DOCUMENTO (CDD/CDD) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
49 - ASSINATURA E CARIMBO (PP) DO REGISTRO DO CONSELHO				50 - Nº DO AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
14/12/16				Rogério L. P. Dias Médico Ortopedista Traumatologista CRM 1205 RR 0608050519-5223 V.299	

[illegible]



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome ONILDO WANA DE SOUSA
Cirurgião Responsável DR. WILSON ALEMA

IDENTIFICADA (Sala Pré-Anestésica)

- ☒ PACIENTE CONFIRMOU
- Identidade ☒
 - Sítio Cirúrgico ☒
 - Procedimento ☒
 - Consentimento ☒

RISCO CIRÚRGICO

- Aplica ☒
- Não se Aplica ☒

SÍTIO DEMARCAÇÃO SE APLICA

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI ALEXGIA CONHECIDA

- () Não
- () Sim

VIA AEREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

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

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- () Não
- () Sim, e acesso arterial ☒ e acesso venoso ☒ para transfusão

Médico Residente
Anestesiologia
CRM-RR 1580

Data 14/06/2019 Assinatura e Carimbo Hora: 15:30

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista DR. A. A. A. A.

CAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

☒ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

☒ CIRÚRGIO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

() REVISÃO DO CIRÚRGIO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

- () Sim
- () Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
- () Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SALA (Sala Pós-Operatória)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E O EQUIPE MÉDICO CONFERIRAM VERBALMENTE COM O EQUIPE

ONOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

OS SEUS CONTINGENTES DE INSTRUMENTAIS E UTENSÍLIOS E O PREPARO DAS FOLHAS ESTÃO CORRETOS E HÁ SE APLICAM

OS CONDIÇÕES DA PRAXIA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÃO IDENTIFICADA INCLUINDO OS NOME DO PACIENTE

OS MATERIAIS E EQUIPAMENTOS COM O EQUIPE DE ANESTESIA E EQUIPE DE ENFERMAGEM

OS EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS DE ANESTESIA E EQUIPE DE ENFERMAGEM

OS EQUIPAMENTOS E INSTRUMENTOS DE ANESTESIA E EQUIPE DE ENFERMAGEM

Assinatura e Carimbo

SAE - SISTEMATIZAÇÃO D. ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SIRPA

NOME: ONILDO WILMA DE SOUSA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA							
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Saída S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Sinais Vitais	Entrada	CH	SNG	Dreno	Diurese	SNG	Outros	
13:49	14:13	14:23	12:00												
Entrada na Sala: 13:49 Início da Cirurgia: 14:13 Início Anestesia: 14:23 Término Cirurgia: 12:00 Saída S.O.: 12:00				Cirurgia Realizada: Prost. Fémur Anestesia: none Posicionamento: Decúbito dorsal				Sinais Vitais: T: 36.5°C P: 97 bpm FC: 97 bpm PA: 120/80 mmHg				Localização:			
Informações: 1. Ictum: ☒ Pré-anestésico 2. Ictum: ☒ Intraop 3. Banho: ☒ Sangue 4. Alegria: ☒ Cardiopata 5. Exames: ☒ Masmático 6. Outros: ☐				Exames na S.O. (Hb, Ht, Hct, Hemograma, R, Rato X) () Outros: ☐				Balanco Hídrico: Entradas: EV, SNG, Dreno, Diurese, SNG, Outros Saídas: SNG, Outros				Legenda: 1. Eletrodos: ☒ 2. Oxímetro: ☒ 3. P/V: ☒ 4. Placa de Eletrodo: ☒ 5. Sonda: ☒ 6. Cateter: ☒ 7. Venoclise: ☒ 8. Dreno: ☒ 9. SNG: ☒ 10. Faixa de Sinal: ☒ 11. Outros: ☒			



Governo do Estado de Minas Gerais
Secretaria de Planejamento e Desenvolvimento

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
462		414-1	
HOME DO PACIENTE Onildo Meirino da Souza PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM	
		HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
14/12/16	1) Dorato ent. Lene 2) 100g 3) Cefalotina 1g EV 6/6h 4) Dapirona 2ml EV 6/6h 5) Tiludil 20mg EV 12/12h 6) Tumorol 50mg / EV 8/8h S/N SFA 9/12 100ml	SND manter 14-16 15-16 16-18	18:00 PA: 130/80 FC: 74 Retorno do CC Acordada, LOA 72G, sem queixa 16-18
	7) Piorol 10mg EV 8/8h S/N 8) SSVV + CEGG	Retorno	



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
HGR					
GOVERNO DO RORAIMA Hospital Geral de Roraima					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ONILDO MARIA DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE FEMUR D e E				
ALERGIAS	HAS		NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO		414-1	DATA	15/12/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				5h
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				D6
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				5h
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				5h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				5h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5h
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				5h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				5h
10	SSVV - CCGG 6/6 H				5h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				5h
14					
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITO PRE OPERATORIO + RAO X POS FIXAÇÃO EXTERNA

SINAIS VITAIS				
6 H	120x80	91	36	70
12 H	120x80	95	36	70
18 H				
24 H	120x80	88	36	70

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

18h. A medicação do item 3 foi cancelada, está em
falta na farmácia



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

ONILDO MARRA DE SOUSA

Data: 16/12/16

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura semicondila de fêmur esquerdo.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: RMS + osteossíntese de fratura subcondila do fêmur

TIPO DE INTERVENÇÃO: Unilocal

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Ø

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo.

CIRURGIÃO: Dr. MARCELO ARRUDA

1º AUXILIAR: Dr. MARCELO ZECCONE

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Paciente em ASA sob anestesia geral
- ② IMPLANTAÇÃO, ARRUMADA A COLOCAÇÃO DE CAMPOS CIRÚRGICOS ESTÉREIS
- ③ Incisão longitudinal (subcondila) em região lateral do coxo esquerdo e abertura por planos anatômicos.
- ④ Redução da fratura + fixação com placa OCP (semicondila) técnica em porta.
- ⑤ Revisão de hemostasia.
- ⑥ Sutura por planos anatômicos
- ⑦ Curativo
- ⑧ RPA.

Marcelo Zeccone
CRM-RR 194 TEOT 1408
At. Cir. e Traumatologia

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto, Tel (68) 2131-0620
AUTENTICAÇÃO

15 DEV. 2017

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



GOVERNO DO ESTADO DE PARAÍBA
"Amazônia Potencial do Brasil"

FICHA DE ANESTESIA

André Manoel de Sousa, 30a - Oletup

16/12/16

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
FNT 100 mg > 14h00 - satisfatório		
14h 15h 16h 17h		
AGENTES	N 20 02	
LIQUÍDOS VENOSOS	AVP 100 1000 100 305 208 1000	
DA	°C 240	
X	220	
ULSO	200	
B	180	
ANES	160	
X	140	
OP	120	
O	100	
TEMP	80	
ASPIR	60	
RESP	40	
O	20	
Expirat		1000
Assist		
Guia		
SÍMBOLOS		1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 12
AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A) Propofol 1.5/1.5		Com anestesia local
B) Fentanyl		100 mcg
C) Fentanyl		100 mcg
D) Rocuronio		100 mcg
E) Propofol (5%) 10mg		100 mcg
F) Propofol (5%) 10mg		100 mcg
G) Glucose	LIQUÍDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea
NOVO		Naso / Orofaríngea - Cava
SANGUE		Bol - Turp - Cava de Tubo
SP091 - 1000 + 1000 + 1000		Sob Monitor
TOTAL		14h00 in 16h50
OPERAÇÃO		Oletup de 30a
ANESTESIA	CÓDIGO	Dr. Erico
Dr. Erico		Dr. Manoel A. / Dr. Manoel Z. Competência

Hb inicial - 7.0
Hct inicial - 20

Dr. Erico Gonçalves
MÉDICO
CRM/R 1344

HOSPITAL DE CLÍNICA DE PARAÍBA
Av. Eng. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto - PB (85) 2121-0610
AUTENTICAÇÃO
15/FEV. 2017
Carilele
Certifico e dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	10:30A	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
ONILDO MMA DE SOUSA	414 1	SW-		16/12/16

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
OST. PLAT. FÊMUR (E)	14:40	16:34	

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
DR. MARCELO ALBUCA	DR. ENIO
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
RI. RODRIGO	
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
RI. HELDER	
	CIRCULANTE
	OUANDE + SOLOMO

TIPO DE ANESTESIA: MOLE + GEMC	TEMPO DE DURAÇÃO:
--------------------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 300ml	
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.5		☒	FIO VICRYL Nº 3.0	
☒	LUVA ESTERIL 8.0		☒	FIO MONONYLON Nº 3.0	
☐	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS TAM M			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☒	LÂMINA BISTURI Nº 21			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
☒	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
☒	DRENO DE TORAX Nº		☒	FIO PROLENE Nº 4/0	
☒	DRENO DE PENROSE Nº		☒	FIO SEDA Nº 4/0	
☒	SERINGA 01ML		☒	SURGICEL E-ET 100005	
☒	SERINGA 03ML		☒	CERA P/ OSSO CATETER DE	
☒	SERINGA 05 ML		☒	KIT CATARATA Nº DE GERMANTE	
☒	SERINGA 10ML		☒	GEOFOAM TÓPICO	
☒	SERINGA 20ML		☒	FITA GARDIA ALCOOL 70%	
☒	ACULHA P/ MOLE Nº 26		☒	OUTROS: ATAU - A 2150m 20cm	
☒	TOT C/ CUFF Nº 8		☒	Som 95 ASP Nº 11	

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Eduardo Guinle, 518
Boa Vista - 69200-000
RORAIMA
15 FEV 2017
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

OSTEOSSÍNTESE FÊMUR FEMUR (E)

Data: 16/12/16

Nº. DO PRONTUÁRIO:

S/Nº

Paciente: OMILDO LIMA DE SOUSA

Idade 30A

Bloco: A Enfermaria 414 Leito: 1

Caixa: GRANDES FRAGMENTOS

Nº

Circulante: GUANDE + SOLONHO

Sala 04

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

PLACA DCP DE 16 FURROS - 1 BLOQUEADA

PARAFUSO CORTICAL Nº 38-1 34-1
32-1

PARAFUSO ESPONJOSO Nº 60-1
65-1 (SEM EFEITO)

PARAFUSO AUTO ROSQUEANTE Nº 40-1

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



Governo do Estado do Rio de Janeiro
"Amor ao Povo e ao Trabalho"

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR	NOME DO PACIENTE	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
	ONILDO MARIA DE SOUZA			444
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS	FROENIA SUMERIAN DO TONER E.			
DATA / HORA	16/12/16	PRESCRIÇÃO	FARMACIA MS.	
		1) DURA ORAL URM DEOS APA.	1) DURA ORAL URM DEOS APA.	
		2) ANS.	2) ANS.	
		3) CATAPLORINA 1g, IV, 6/6h.	3) CATAPLORINA 1g, IV, 6/6h.	
		4) TUBALIN 20mg IV, 6/6h.	4) TUBALIN 20mg IV, 6/6h.	
		5) APINONA 1g, IV, 6/6h.	5) APINONA 1g, IV, 6/6h.	
		6) CLASIL 10mg IV, 8/8h.	6) CLASIL 10mg IV, 8/8h.	
		7) AMPELO 20g 40mg IV, 8/8h.	7) AMPELO 20g 40mg IV, 8/8h.	
		8) TONORAL 300mg + 100g AD/500g% - IV, 1x ao dia.	8) TONORAL 300mg + 100g AD/500g% - IV, 1x ao dia.	
		9) CONATIVO 20mg	9) CONATIVO 20mg	
		10) SSUV + CUGG - 6/6h.	10) SSUV + CUGG - 6/6h.	
		Dr. Alder Borges Médico Residente Ortopedia e Traumatologia 16/12/16		
		23 - PA - 111/78		
		P - 100		
		T - 37°C		
		06/146/99		
		P-62		
		T-30.10C		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO			DIH	DN		
PACIENTE	ONILDO MARIA DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE FEMUR D e E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	414-1	DATA	17/12/2016	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS RPA				SND	
2	SF 0,9% 500ML EV DE 8/8H				06'	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				D7	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				24h	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				24h	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S.V. 15	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S.V. 1	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				S.V. 1	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S.V. 1	
10	SSVV + CCGG 6/6 H				smoter	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				S.V. 1	
14						
15						
16						
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),					
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;					
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITO PRE OPERATORIO + RAO X POS FIXAÇÃO EXTERNA
REALIZADA OSTEOSINTESE DE FEMUR d DIA 14/12
AGENDADA PARA O DIA 16/12 OSTEOSINTESE DE FEMUR e

Dr. Wilber Pálha R/
Residente de Ortopedia e
Traumatologia HGR
CRM-RR 1830

SINAIS VITAIS	PA	P	T
6 H	112/72	105	37,4°C
12 H	100/75	103	36,7°C
18 H	110/70	105	36°C
24 H	122/71	106	36°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

21/12/1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		Serviço de Ortopedia e Traumatologia		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		ONILDO MARIA DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE FEMUR D e E					
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2	
IDADE		LEITO		414-1		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE APÓS RPA					5.11.2
2		SF 0,9%500ML EV DE 8/8H					12.12.2013
3		CEFALOTINA 1G EV 8/8H					DZ 12.12.2013
4		TILATIL 20MG EV 12/12H					12.12.2013
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6					12.12.2013
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV. OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					12.12.2013
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					5.11.2
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N					
9		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					
10		SSVV + CCGG 6/6 H					
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					
14							
15							
16							
17							
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),					
19		CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;					
20		351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

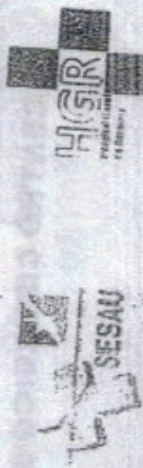
EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITO PRE OPERATORIO + RAO X POS FIXAÇÃO EXTERNA
REALIZADA OSTEOSSINTESE DE FEMUR d DIA 14/12
AGENDADA PARA O DIA 16/12 OSTEOSSINTESE DE FEMUR e

SOLICITO RAO XE DE CONTROLE FEMUR D e E

SINAIS VITAIS				
6 H	110/70	80		36,5°C
12 H	120/60	80	38	36
18 H	100/60	80	20	36,5°C
24 H	100/80	90		36,4°C

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Quilbo Maria de Sousa

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA	
Data:	Reg:	Idade:	Chegada:	Entrada na Sala:	Início Cirurgia:	Término Cirurgia:	Saída S.O. Cirurgia:	Realizada Cirurgia:	Amostra
16/12/16	BOA	30A	13:00	11:10	14:40	16:34		Realizada Cirurgia	
Cirurgia Proposta: <u>Onco-Fib. de Fígado</u>				Anestesia: <u>MD-Vet + Ambiotec</u>				SRPA	
Informações: ☒ Jejum ☐ Pré-anestésico ☐ Jólus ☐ Intracath ☐ Banho ☐ Sangue ☐ Alegria ☐ Cardiopata ☐ Exames ☐ Alérgico ☐ Outros				Hidratação: <u>5% a 0.5% 300ml</u>				Anestesia	
2. Estado Emocional/ Mental: ☒ Choro ☐ Sonolento ☐ Agitado ☐ Outros: <u>calmo</u>				Temperatura: <u>36.5</u>				Localização: <u>RMS + estomacal</u>	
3. Sinais Vitais: T: <u>38</u> C P: <u>120</u> bpm FC: <u>120</u> bpm SpO2: <u>100%</u> R: <u>18</u> rpm S: <u>120</u> mmHg				Nº de compressas oferecidas: <u>12</u>				Localização: <u>RMS + estomacal</u>	
4. Condições da Pele: ☒ Icteric ☐ Ferimento ☐ Queimado ☐ Hematoma ☐ Contusão ☐ Deformidade ☐ Amputação ☐ Fer. Exposta				Nº de compressas recolhidas: <u>12</u>				Localização: <u>RMS + estomacal</u>	
5. Sinais Vitais: T: <u>38</u> C P: <u>120</u> bpm FC: <u>120</u> bpm SpO2: <u>100%</u> R: <u>18</u> rpm S: <u>120</u> mmHg				Plasma: <u>125</u>				Localização: <u>RMS + estomacal</u>	
6. Sinais Vitais: T: <u>38</u> C P: <u>120</u> bpm FC: <u>120</u> bpm SpO2: <u>100%</u> R: <u>18</u> rpm S: <u>120</u> mmHg				Anatomia Patológica: <u>Não</u>				Localização: <u>RMS + estomacal</u>	
7. Sinais Vitais: T: <u>38</u> C P: <u>120</u> bpm FC: <u>120</u> bpm SpO2: <u>100%</u> R: <u>18</u> rpm S: <u>120</u> mmHg				Outros: <u>PA 120x80</u>				Localização: <u>RMS + estomacal</u>	
8. Sinais Vitais: T: <u>38</u> C P: <u>120</u> bpm FC: <u>120</u> bpm SpO2: <u>100%</u> R: <u>18</u> rpm S: <u>120</u> mmHg				Exames na Sala: <u>Ht 140g/L</u>				Localização: <u>RMS + estomacal</u>	
9. Sinais Vitais: T: <u>38</u> C P: <u>120</u> bpm FC: <u>120</u> bpm SpO2: <u>100%</u> R: <u>18</u> rpm S: <u>120</u> mmHg				Hemograma: <u>Relato X</u>				Localização: <u>RMS + estomacal</u>	
10. Sinais Vitais: T: <u>38</u> C P: <u>120</u> bpm FC: <u>120</u> bpm SpO2: <u>100%</u> R: <u>18</u> rpm S: <u>120</u> mmHg				Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de Bisturi 5. Indúção 6. Cateter 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG 10. Faixa de Sinal 11. Outros: <u>1. Fio de Seda</u>				Localização: <u>RMS + estomacal</u>	
11. Sinais Vitais: T: <u>38</u> C P: <u>120</u> bpm FC: <u>120</u> bpm SpO2: <u>100%</u> R: <u>18</u> rpm S: <u>120</u> mmHg				Destino: <u>SRPA</u> ☐ UTI ☐ Outros: <u>Relato X</u>				Localização: <u>RMS + estomacal</u>	
12. Sinais Vitais: T: <u>38</u> C P: <u>120</u> bpm FC: <u>120</u> bpm SpO2: <u>100%</u> R: <u>18</u> rpm S: <u>120</u> mmHg				Instrumento utilizado: <u>Relato X</u>				Localização: <u>RMS + estomacal</u>	
13. Sinais Vitais: T: <u>38</u> C P: <u>120</u> bpm FC: <u>120</u> bpm SpO2: <u>100%</u> R: <u>18</u> rpm S: <u>120</u> mmHg				Entrada: <u>Relato X</u>				Localização: <u>RMS + estomacal</u>	
14. Sinais Vitais: T: <u>38</u> C P: <u>120</u> bpm FC: <u>120</u> bpm SpO2: <u>100%</u> R: <u>18</u> rpm S: <u>120</u> mmHg				Ass: <u>Relato X</u>				Localização: <u>RMS + estomacal</u>	
15. Sinais Vitais: T: <u>38</u> C P: <u>120</u> bpm FC: <u>120</u> bpm SpO2: <u>100%</u> R: <u>18</u> rpm S: <u>120</u> mmHg				Saída: <u>Relato X</u>				Localização: <u>RMS + estomacal</u>	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. São Eduardo Gomes, 25, S/N
Nova Planície - M/93, 2 - FONEC
AUTENTICADO
15 FEV. 2017
Carência e Dúvida que a presente
cópia é fiel reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

21121-1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia			
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	ONILDO MARIA DE SOUZA		
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE FEMUR D e E		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	414-1	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS RPA		5:00
2	SF 0,9% 500ML EV DE 8/8H		7:00
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H		12:00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		18:00
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		5N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
10	SSVV + CCGG 6/6 H		5N
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
14			
15			
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),		
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;		
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITO PRE OPERATORIO + RAO X POS FIXAÇÃO EXTERNA
 REALIZADA OSTEOSINTESE DE FEMUR d DIA 14/12
 AGENDADA PARA O DIA 16/12 OSTEOSINTESE DE FEMUR e

SOLICITO RAO XE DE CONTROLE FEMUR D e E

SINAIS VITAIS	PA	P	R	T
6 H	120/80	82	20	36,1°C
12 H	124/72	72	19	36,1°C
18 H	118/80	108	20	36,5°C
24 H	124/72	108	30	36,3°C

MÉDICO RESIDENTE EM
 ORTOPEDIA E
 TRAUMATOLOGIA.

20/12/16 Realizado curativo diário Falc d/E pouco sangramento
 alça moderada assimétrica Falc esquerdo (ondulação) curativo
 oclusivo não compressivo. Tec. em Enf. Adonild e Joana.

414-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HER	
GOVERNO DE RORAIMA		Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	ONILDO MARIA DE SOUZA						
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE FEMUR D e E						
ALERGIAS							
IDADE				HAS	NEGA	DM2	NEGA
ITEM				LEITO	414-1	DATA	18/12/2016
PRESCRIÇÃO				HORARIO			
1	DIETA ORAL LIVRE APÓS RPA						
2	SF 0,9%500ML EV DE 8/8H						
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						
4	TILATIL 20MG EV 12/12H						
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6						
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N						
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						
10	SSVV + CCGG 6/6 H						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG						
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITO PRE OPERATORIO + RAO X POS FIXAÇÃO EXTERNA
REALIZADA OSTEOSSINTESE DE FEMUR d DIA 14/12
AGENDADA PARA O DIA 16/12 OSTEOSSINTESE DE FEMUR e

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	100/72	106	36,5	
18 H	120/80	108	36,5	
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

18/12/16
tracado AUP 900 20 mae
Rosilma V. P. P.
Téc. Enfermagem
COREN-RR 1990203-TEC

21121-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
GOVERNO DE RORAIMA					HGR		Prescrição Médica			
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN					
PACIENTE		ONILDO MARIA DE SOUZA								
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE FEMUR D e E								
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2		NEGA		
IDADE		LEITO		414-1		DATA		16/12/2016		
ITEM		PRESCRIÇÃO							HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE APÓS RPA							S/N	
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							mantido	
3		CEFALOTINA 1G EV 8/6H							07/12/08 24:06	
4		TILATIL 20MG EV 12/12H							18:00 24:06	
5		DIPIRONA 2ML EV 6/6								
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							S/N	
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)								
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N								
9		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							Lento	
10		SSVV + CCGG 6/6 H							S/N	
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG								
14										
15										
16										
17										
18		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),								
19		CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;								
20		351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%								
		40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA								

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SOLICITO PRE OPERATORIO + RAO X POS FIXAÇÃO EXTERNA
REALIZADA OSTEOSSINTESE DE FEMUR d DIA 14/12
AGENDADA PARA O DIA 16/12 OSTEOSSINTESE DE FEMUR e

Obs: Mantido mesuração do P.O.I.!
Paciente ainda não retornou do
CC (18:20hs).
Elaine P. Caetano
CORENOR 104180

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	310/8	40	18	36°C
18 H				
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



Governo do Estado do Rio de Janeiro
Secretaria de Estado de Saúde

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE	414	01	
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO		
16/12/16	02 Conectado de hemocor IV afra		
14h20	15		
RELATÓRIO DE ENFERMAGEM			
OBSERVAÇÃO			
DATA: 16/12/2016			
NOME: Onildo Maria de Souza			
Nº DA BOLSA: 011416112043			
PACIENTE: ABO: O			
INÍCIO: 15:00 hs T: 36°C			
MEIO: 15:15 hs T: 36°C PA: 108 x 62 mmHg			
FIM: 15:30 hs T: 36°C PA: 108 x 62 mmHg			
Ass. Téc. de Enfermagem: T. T. nº 20 30000			
Ass. Enfermeiro: Dra. Lene Rinalto			
TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE			
DATA: 16/12/2016			
NOME: Onildo Maria de Souza			
Nº DA BOLSA: 011416112043			
PACIENTE: ABO: O			
INÍCIO: 15:35 hs T: 36°C			
MEIO: 15:50 hs T: 36°C PA: 91 x 56			
FIM: 16:00 hs T: 36°C PA: 91 x 53			
Ass. Téc. de Enfermagem: Ana Renata Guirro			
Ass. Enfermeiro: Enfermeira			



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

Nome OWILDO MARIA DE SAUSA
Cirurgião Responsável DR. MARCELO ALVARO

IDENTIFICAÇÃO (Sinal de Verificação)

- ☒ PACIENTE CONFIRMOU
- Identidade
 - Sítio Cirúrgico
 - Procedimento
 - Consentimento

☒ RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

☒ SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA
☐ Não ☒ Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ NÃO
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☐ Não
☒ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 16/12/16 Assinatura e Carimbo 13:30 Hora:

Anestesiista DR. EM CO

PAUSA CIRÚRGICA (Sinal de Verificação)

☒ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

☒ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Sim
☐ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS

☒ Sim
☐ Não se aplica

SAÍDA (Sinal de Verificação)

OS MEMBROS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM, ENFERMEIRO, ANESTESIOLOGISTA E CIRURGIÃO, CONFIRMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

• O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

• AS CONDIÇÕES DE INSTRUMENTAIS

• OS RISCOS COM RESPOSTAS DAS CULHAS E DA CORRELACIONADA (SE APLICAR)

• COMO O CARIÓTIPO SERÁ MANUTIDA

• PATOLOGIAS ESTABELECIDAS INCLUINDO O NOME DO PACIENTE

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

• O NOME DO CIRURGIÃO

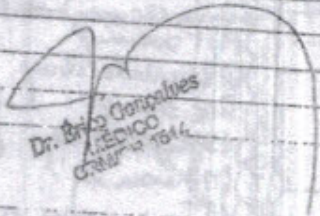
• O NOME DO CIRURGIÃO

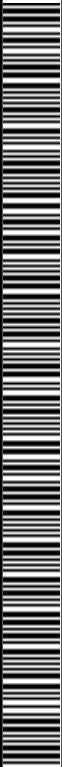
• O NOME DO CIRURGIÃO

Nome: Isabel (femin)
 Idade: 20
 Anest. Ant: Osteos. femur
 Alcool: Nega
 Fumo: Nega
 DROGAS: (Corticóide, fenotiazínicos, hipotênicos, hipotênicos, digitálicos, anticoagulantes, diuréticos, antibióticos, sulfas, clonazepam, IMAO, outros) Não
 Estado Mental: híado orientado
 Peso: 60 kg
 RX: Não
 Fases: Não
 Hepatograma: Não
 Outros: Não
 Parâmetros Clínicos: Não
 PA: 120 x 70 Pulso: 100 bpm Temperatura: 36,5
 Medicação Pré-Anest.:

Medicação Pré-Anest.	DOSE	VIA	HORA

Sinais vitais: 20 2,0
 Hm: 20 2,0
 T. Corp: 36,5
 creat: 0,8
 Cl: 120
 pCO2: 35
 URINA: 1
 Sódio: 135
 Ap. gen. Ur: Não
 AP. Resp: Não
 AP. Circ: Não
 AP. Dig: Não
 S. Osteo - Art: Não
 S. Nerv: Não
 S. Endoc: Não
 Est. Fis (ASA): ASA - II
 ANP: Não
 Assinatura: Dr. João Gonçalves
 PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO		NA ENFERMARIA	
Data <u>6/12/16</u>	Hora <u>18h00</u>	Data <u>/ /</u>	Hora <u></u>
<u>Pct segue s/ queixa referido em</u> <u>tudo c/ eletrocardiograma e Encefalograma</u>			
 Dr. Brício Gonçalves MÉDICO CRM nº 1514			
Assinatura:		Assinatura:	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Brig. Eduardo Gomes, 274 Nova Planície Tel (95) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO 15 FEV. 2017 [Assinatura] Certifico e Declaro que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentado neste Hospital			



PRÉ-ANESTÉSICO

PRE-ANESTESIA

Nome: Ornilde Maria de Souza Enf.: D Lello: 414.1 Sexo: oit.
Sexo: M Idade: 30 ou 64 Anos Classe: (C) Data: 16.12.16 Hora:
Diagn. Pré-OP: Fract. de Fêmur Patrol Assoc.:
Cir. Proposta: Trat. Cirurgico
Anest. Ant: Sangue Tipo: Leuc: 3.75 Ht: 1.72 Hb: 11.30
Alergia: nao Hm: 3.75 to to p. Lipo
Alcool: sim Fumo: neg r. Coag: Pq 134.00 Glic: Na: nEql:
DROGAS: (Corticóide, fenotiazínicos, hipotensivos, narcóticos, Nipolico, creat: mEq/lit mEq/1pH: pO2:
digitalico, anticoagulantes, diurético, antidiabético, sulfas, pCO2: BA: BB: SS: BF:
catapressor, IMAO, outros) URINA: d: pH: glic: Alb:
Estado Mental: consciente Boca: HPI Sedim:
Pescoco: boa Veias: Acum Ap. gen. Uti: diversa
RX: AP. Resp: Eupneia
Fases: AP. Circ:
Hepalograma: AP. Dig:
Outros: TPA 42.0 TAP 18 RNI 1.46 S. Osteo - Art:
Partenar Clínico: S. Nerv:
PA: 120/80 Pulso: 80 Temperatura: 36°C S. Endoc:
Est. Fis (ASA): X AN. Proposta:
NB: ECG: ?
Assinatura: [Assinatura] Haroldo C. Ribeiro
Cardiologista
CRM: 1478

Medicação Pré - Ant.	DOSE	VIA	HORA

PÓS-ANESTÉSICOS

[illegible]

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDFE FD83S ZXQK9 WM2QA



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO					DIH		DN			
PACIENTE		ONILDO MARIA DE SOUZA								
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE FEMUR D e E								
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2		NEGA		
IDADE		LEITO		414-1		DATA		11/12/2016		
ITEM		PRESCRIÇÃO							HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE							S 11h		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO							manhã		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H							D5 18h		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H							10h		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6							18h		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							SN		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)							SN		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N							SN		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)							SN		
10	SSV + CCGG 6/6 H							SN		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG							SN		
14										
15										
16										
17										
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),									
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;									
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA									

EVOLUÇÃO MÉDICA:

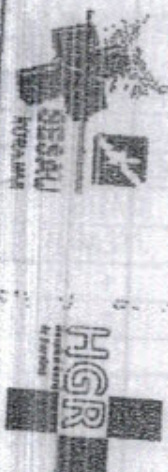
SOLICITO PRE OPERATORIO + RAO X POS FIXAÇÃO EXTERNA

LABS.: Mantido presente ao P.O. I!

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	120/80	76	36.0	
18 H	120/82	95	36.50	
24 H				

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.





SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM				PRÉ	TRANS	PÓS	PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM				HORÁRIO	PRÉ	TRANS	PÓS
Atividade relacionada (b) procedimentos terapêuticos (b) procedimentos pós-operatórios							Atividade preparatória							
Risco para infecção relacionada ao trajeto cirúrgico (b) presença de cateter ou sonda.							Orientar paciente sobre o que durante a sua permanência no C.C.							
Risco para aspiração relacionada (a) estado pós-anestésico (b) mobilidade.							Encaminhar paciente para sala de cirurgia							
Risco para hipotermia relacionada (a) estado anestésico (b) mobilidade.							Cuidar para que não esteja frio na recepção do paciente							
Risco para hipotermia relacionada (a) estado anestésico (b) alteração da temperatura ambiental e idade.					X		Manter paciente coberto sem camisa							
Risco para trauma relacionado (a) estado anestésico (b) alteração (c) uso de biquinho alérgico.							Instalar monitores e oximetria de pulso							
Risco para traumatismo (a) pelo posicionamento pós-operatório.							Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica							
Integridade da pele prejudicada (a) cirurgia (b) queimadura.							Seguir rotina de instalação de curativos com biquinho alérgico							
Mobilidade física prejudicada relacionada a estado pós-anestésico cirúrgico.					X		Registrar volume e estado aspecto do débito urinário de 1/1 hora							
Retenção urinária relacionada (a) diminuição do tônus da bexiga pós-anestésica.					X		Controlar diurese frequentes nas primeiras horas de PC							
Incontinência intestinal relacionada (a) efeito da anestesia (b) não realização de enemas							Comunicar em se há aumento de sangramentos pós-incisões e cateteres							
Mucosa oral alterada relacionada ao uso do tubo endotraqueal.							Verificar sinais vitais (T, PA, FC, PVC, FR, saturação e perfusão) de 15/15 min, 1h, 30/30 min 2h, 1/1 hora em diante.							
Derivação de secreções relacionadas (a) imobilidade.							Atentar e comunicar enfermagem alterações de padrão respiratório (apneia, dispnéia, queda de saturação alterações no nível de consciência).							
Atividade relacionada (a) estado pós-cirúrgico anestésico (b) efeito medicado.					X		Atentar volume e aspecto das secreções traqueobrônquicas.							
Evolução de Enfermagem					X		Observar as condições da pele em relação do local de bisturi e eletrodos com vistas a queimaduras.							
Pós-Operatório							Fazer controle da dor/proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito.							
Verificar sinais vitais (T, PA, FC, PVC, FR, saturação e perfusão) de 15/15 min, 1h, 30/30 min 2h, 1/1 hora em diante.							Manter curativos oculares com gaze com drenos.							
Manter gradiente dos níveis elevados.							Preparar paciente para alta do C.C.							

HOSPITAL GERAL DO RORAIMA
Av. Brs. Edmundo Gomes, 596
Nova Fátima - PA (PA) 2121-0000

15 FEB 2017

15

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brasil, Edmundo Gomes, 330
Novo Planalto - RR (31) 2121-0000
15 FEB 2017
15
15



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia:

Tipo Cirurgia:

OSTEOSSÍNTESE FART. FÊMUR (D)

Data: 14/12/16

Nº. DO PRONTUÁRIO:

SW

Paciente: OMILDO MAMA DE SOUSA

Idade 30A

Bloco: D Enfermaria 414 Leito: 1

Caixa: GRANDES FRAGMENTOS

Nº SW:

Circulante: QUANDE ALVES + SOLOANO

Sala 04

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

PLACA RETA DCP DE 12 Furos - 1

PARAFUSO CORTICAL Nº 36 NF

42-1

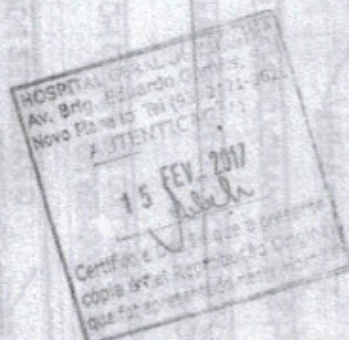
56-1

32-1

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



Dr. Rodrigo A. Melo
Residência de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1826





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE 10'30A
ONILDO MAMA DE SOUSA APT OU LEITO 414.1 Nº DO PRONTUÁRIO SW DATA 14/12/16

TIPO CIRURGIA TEMPO DE DURAÇÃO
 INICIO 14:43 FIM 17:00 TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO Dr. Marcelo Amada ANESTESISTA: Dr. Hilton - R. Celio
 1º AUXILIAR Dr. Elinaldo RES. ANESTESIA:
 2º AUXILIAR Dr. Pedro INSTRUMENTADOR Dr. Rodrigo
 CIRCULANTE Socorro e Evande

DO DE ANESTESIA: Rapui TEMPO DE DURAÇÃO:

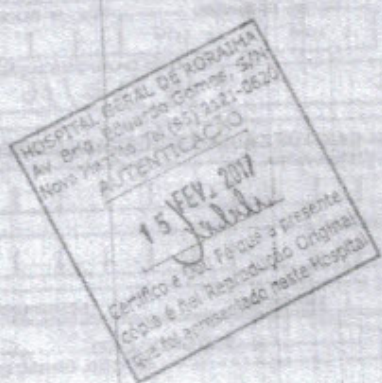
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☐	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO 500ml	
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°	
☒	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON N°	
☒	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
☒	LUVAS P/PROCEDIMENTOS TAM M			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
☐	LÂMINA BISTURI N° 15			FIO CATGUT SIMPLES N°	
☐	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
☐	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°	
☐	DRENO DE PENROSE N°			ROSEDAN ESCOVA P/ DEGERM.	
☐	SERINGA 01ML		☒	SURGICEL ELETRODOS	
☐	SERINGA 03ML		☒	GERA P/OSSE C/TELA OL	
☐	SERINGA 05 ML		☒	KIT CATARATA N° TÓPICO	
☐	SERINGA 10ML		☒	GEOFOAM DECELMAITE	
☐	SERINGA 20ML		☒	FITA GARDIAGA 1000 30/	
☐	AGULHA P/RAQUE #27		☐	GUTROS: ATADURA CHEPOM DON	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	<u>REBECA</u>	SUB- TOTAL		
	<u>RENATA</u>	TAXA DE SALA		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Dep. Eduardo Gomes, 100
 Novo Planalto - RORAIMA - 69200-000
 ALTERNATIVA
 19. FEV. 2017
 Certifico e dou fé que a presente
 cópia é fiel reprodução Original
 que foi apresentado neste Hospital

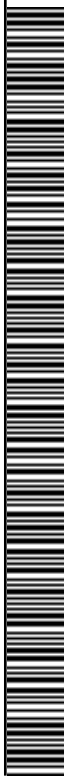
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

BOLETIM OPERATÓRIO	
 BOLETIM OPERATÓRIO Data <u>14/12/16</u> U.S. _____	Osmildo Marão de Sousa
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: <u>Fr. fêmur distal com D.</u> INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: <u>Osteossíntese fêmur. + RUS.</u> TIPO DE INTERVENÇÃO: <u>a. proposto</u> MEDICAÇÕES E ACIDENTES: <u>X</u> DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: <u>a. mesmo</u>	
CIRURGIÃO: <u>Dr. Marcelo Mendes</u> 2º AUXILIAR: _____ 3º AUXILIAR: _____ ANESTESISTAS: _____ INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____	1º AUXILIAR: <u>Dr. Rogério</u> INSTRUMENTADORA: <u>Rogério L. P. Dias</u> ANESTESIA: <u>Medica</u> ANESTÉSICO: _____
RELATÓRIO CIRÚRGICO 1) Paciente em DDH sob plano anestésico. 2) Anestesia + antibioticoprofilaxia. 3) Incisão lateral em arco <u>D</u>. 4) Divulção por planos. 5) Redução anatômica + fixação com placa DCP 12 furos - 10 parafusos. 6) LMC acústica. 7) Reversão da hemostase. 8) Sutura por planos. 9) Curativo. 10) RPA.	

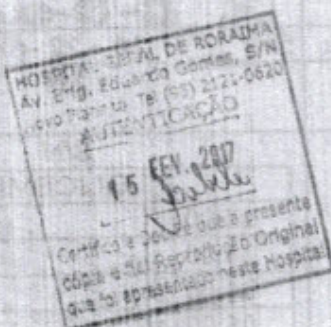




HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		ONILDO MARIA DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE FEMUR D e E					
ALERGIAS		HAS		NEGA		DM2	
IDADE		LEITO		414-1		DATA	
ITEM						13/12/2018	
						HORARIO	
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					SND	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/8H					m/antiv	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H					D4	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6					(2x2x)	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					SND	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SND	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N					SND	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SND	
10	SSVV + CCGG 6/6 H					SND	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG					SND	
14							
15							
16							
17							
18							
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),						
20	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;						
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%						
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
SOLICITO PRE OPERATORIO + RAO X POS FIXAÇÃO EXTERNA							
Realizado Coleta de Exames Laboratoriais de Rotina Em: 14/12/18 Hora: 08:20 Ass: [assinatura]							
SINAIS VITAIS		T		P			
6 H	120x80	92	36	19			MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.
12 H							
18 H	36x36	97	320x80				
24 H	140x80	90	36°	20			



Paciente POI de fratura de fêmur E.D.
sem queixas de dor, qz retenção
urinária; feito ultrassom fêmur, urina
3000 ml. p





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: ONILDO MARIA DE SOUSA
APT OU LEITO: 67 Nº DO PRONTUÁRIO: 11 112 116
DATA: 11 112 116

TIPO: CIRURGIA
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA
INICIO: 01:30 FIM: 03:00
TEMPO DE DURAÇÃO: TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO: Dr. Marcelo Z.
1º AUXILIAR: Rodrigo
2º AUXILIAR: Wlber
TIPO DE ANESTESIA: Raqui
EQUIPE MÉDICA
ANESTESISTA: Dr. Stianar
RES. ANESTESIA: Cleio R
INSTRUMENTADOR: Vitoria / Fabio
CIRCULANTE: Vitoria / Fabio

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
☒	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LA CTADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLUCOSADO	
☒	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
☒	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
☒	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☒	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS M.			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☒	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
☒	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
☒	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
☒	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
☒	SERINGA 01ML			SURGICEL	
☒	SERINGA 03ML		☒	GIRA P/OSSO	
☒	SERINGA 05 ML		☒	KIT CATARATA Nº	
☒	SERINGA 10ML		☒	GEFOAM	
☒	SERINGA 20ML		☒	FITA CARDIACA	
				OUTROS: <u>PIPT. 15ml</u>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS
INSTRUMENTADOR(A): Stipani
ENFERMEIRA CHEFE: Stipani
CIRCULANTE DE SALA: Stipani

ORTOSINTESE INC. E COM. LTDA
Av. Nelson Pimenta Travassos, 251 - CEP 02069-000
Tel. 05(11) 30494000 - FAX 05(11) 30494010
Banco - São Paulo - www.ortosintese.com.br

Ref.: 4747/03 Lote: R16005 Quant.: 1 pg

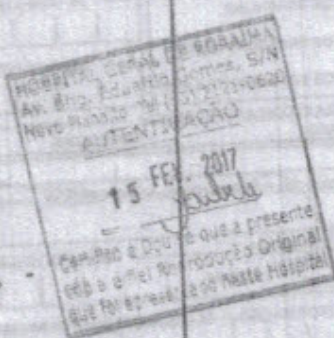
FIXADOR LAY-FIX C/ BARRA 3501/34
FIXADOR EXTERNO LAY-FIX
FIXADOR EXTERNO
Registro ANVISA Nº 1228710064
MP AIS 304 ASTM F138

13/01/2017 13/01/2017

CE

15 FEB 2017

Autenticado e Visto Fê que a presente cópia é fiel reprodução Original e foi apresentado neste Hospital

BOLETIM OPERATÓRIO	
	
Ovildo Maria de Lima	
Data 11.12.16 O.S.	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de Fêmur distal	
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: cirurgia	
TIPO DE INTERVENÇÃO: fixação externa com fixador	
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: N	
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo	
CIRURGIÃO: Dr. Marcelo Zeilane	1º AUXILIAR: Dr. Wilson
2º AUXILIAR: Dr. Rodrigo	INSTRUMENTADORA:
3º AUXILIAR:	ANESTESIA:
ANESTESISTAS:	ANESTÉSICO:
INÍCIO: </td <td>FIM: DURAÇÃO:</td>	FIM: DURAÇÃO:
RELATÓRIO CIRÚRGICO	
01) Lavagem e DPN sob anestesia	
02) Imobilização com gesso + fixador + um pol. Gesso -	
03) Fixação de Fratura de Fêmur de	
04) com placa de fixação externa	
05) com o fixador de 7 peças	
06) DPN	
Dr. Rodrigo A. Melo Residente de Ortopedia e Traumatologia CRM/RN 1822	
	

18/12/16

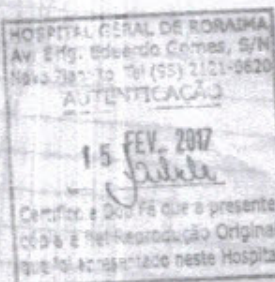
ORTO PEDI A

paciente com fratura em
função (D) (E) e por curativo
de no 6

m.

- no CC para
F: de cur e entre bilateral -
- inter-ccar

Dr. Rodrigo A. Melo
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1828



MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DO ESTADO DE SAÚDE DE RORAIMA SESAU - SUS
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Omlto Marcos de Souza ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 10 / 12 / 16, COM
DIAGNÓSTICO DE Fr. femur bilateral.

NO DIA 14 / 12 / 16, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
 de fratura SENDO

OPERADO PELO DR. Rogério E DR. Marcelo Araújo

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21 / 12 / 16, ÀS 10:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 12 / 01 / 17, ÀS 13h, COM O
DR. Rogério



Dr. Leonardo
Assinado digitalmente

ORIENTAÇÕES GERAIS :

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

BOA VISTA, / /

MÉDICO



SINISTRO 3190165964 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ONILDO MARIA DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO ONILDO MARIA DE SOUSA

CPF/CNPJ: 92649831200

Posição em 02-04-2019 15:45:10

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
08/03/2019	R\$ 4.725,00	R\$ 0,00	R\$ 4.725,00