

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

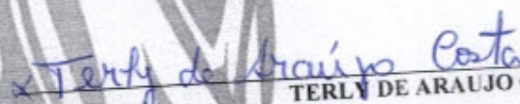
PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **TERLY DE ARAUJO COSTA**, Brasileira, solteira, Auxiliar de cozinha, portador da cédula de identidade nº 77394 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 201.169.932-00, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Rio Amazonas, nº 1342, Bairro: Jardim Bela Vista, CEP: 69.316-124. Tel: (95) 99174-4294 / 99148-6888 E-mail: morenalinda.bv@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, 16/04/2019


TERLY DE ARAUJO COSTA



POLEGAR DIREITO

[illegible]

12059990003

QUANTIDADE DE VOTA - BRASILEIRO

TERLY DE ARAÚJO COSTA

FILIAÇÃO..... FRANCISCO DAS CHAGAS COSTA
MARIA MERCEDES ALBUQUERQUE DE ARAÚJO

NASCIMENTO.... 18/03/1963 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL... SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO..... R.G. 77394 SESP RR 03/03/2010

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF..... 201.169.932-00 CNH..... ZONA: 005

TIT. ELEITOR: 004192842623 SEÇÃO: 0214

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 13/01/2014

Maria do Rosário Alves Costa
Secretária de Registro do Estado de Rondônia

ASSINATURA DO CANDIDATO

Nome	Data de Nascimento	Documento	Assinatura
TERLY DE ARAÚJO COSTA	18/03/1963	R.G. 77394 SESP RR 03/03/2010	<i>Maria do Rosário Alves Costa</i>



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

TERLY DE ARAUJO COSTA, Brasileira, solteira, Auxiliar de cozinha, portador da cédula de identidade nº 77394 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 201.169.932-00, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Rio Amazonas, nº 1342, Bairro: Jardim Bela Vista, CEP: 69.316-124.

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, 16 / 04 / 2019

Terly de Araujo Costa

TERLY DE ARAUJO COSTA



POLEGAR DIREITO

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO: **0129446-6**

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ezequiel, 881 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia ENE/Roraima - Série 18-1
Regime especial de arrecadação autorizado pela SEFAZ RR/19

Nº da Nota Fiscal: **002536554**
A Tarifa Social de Energia ENE/Roraima - TSE foi criada pelo Lei nº 10.438 de 02 de abril de 2002.

MARCO/2019 **11/04/2019** **131** **148,17**

DOMINGAS LUCAS GOMES
R. RIO AMAZONAS 1342 1 JARDIM BELA VISTA
CPF: 00015000559215
CEP: 69.316-124 - BOA VISTA
ROT: 29.001.22.16.009503

MENSAL		ANUAL	
Atual:	12056	Atual:	16/03/2019
Anterior:	11925	Anterior:	14/02/2019
Constante de Multiplicação:	1,000	Próxima Leitura:	16/04/2019
Consumo Medido:	131	Emissão:	15/03/2019
Consumo Faturado:	131	Apresentação:	16/03/2019

NORMAL **30**

Class/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Posto	Código Pat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB08296L	1511725	1.1.1.2	219

Mês/ano	Consumo	Valor
FEV/19	152	101,43
JAN/19	158	1,31
DEZ/18	168	0,01
NOV/18	157	2,37
OUT/18	166	0,03
SET/18	191	43,02
AGO/18	215	
JUL/18	257	
JUN/18	284	
MAI/18	241	

TARIFA DE ENERGIA: 0,43
TARIFA DE ILUMINACAO PUBLICA: 0,00

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 15/03/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.
SE VOCE RECEBE O BOLSA FAMILIA, VOCE TEM DIREITO A DESCONTO NA TARIFA DE ENERGIA, FAÇA O CADASTRO EM NOSSO POSTO DE ATENDIMENTO.
MAIS INFORMACOES, LIGUE PARA 0800 7019 120.

RESERVADO AO FISCO 7571.5777.2B2E.E55D.D38B.22C8.7ABE.2BAC

DISTRITO		TOTAL A PAGAR - R\$	
Distribuição:	25,75	Base de Cálculo:	101,43
Energia:	54,57	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	17,24
Encargos:	2,83	Valor do PIS:	0,18
Tributos:	18,28	Valor do COFINS:	0,86

8,85 17,70 35,40 8,46 16,92 33,84 4,82
5,16 13,00 1,58

DISTRITO **01/2019** **51,83**
ROT: 29.001.22.16.009503

Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ezequiel, 881 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: **002536554** **FCAM**

0129446-6
03/2019
11/04/2019

3650000001 0 4810075000 5 000000000129 7 44600319000 8

SEQ.: 00129 UC: 0129446-6 DT.LEIT.: 16/03/2019 T.ENTR.: 01
LEITURA: 12056 NORMAL TOTAL: 148,17 CARGA: 019
DT.VENC.: 11/04/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 1181

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

TERLY DE ARAUJO COSTA, Brasileira, solteira, Auxiliar de cozinha, portador da cédula de identidade nº 77394 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 201.169.932-00, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Rio Amazonas, nº 1342, Bairro: Jardim Bela Vista, CEP: 69.316-124.

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, 16 / 04 / 2019

Terly de Araujo Costa

TERLY DE ARAUJO COSTA



POLEGAR DIREITO

17054990003

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprova a CLT. Ela é o 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

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

170.54990-00-3

1795092 0040 RR

Marly da Araújo Costa



03



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVFT WD62S KJWDZ KTK83



CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR: MARIO AUGOSTO VIEIRA MORA CCG OFI CE: 149717042-72 ENDEREÇO: AV. JOSE FELIX CORREIA 280 MUNICÍPIO: Resende ESP DO ESTABELECIMENTO: DOMESTICA CARGO: DOMESTICA CBO N°: 4240 (Sete e vinte e quatro Reais) DATA DE ADMISSÃO: 20 DE ABRIL DE 2014 REGISTRO N°: 363 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 900,00 - Novecentos Reais DATA DE SAÍDA: 10 DE ABRIL DE 2014 COM. DISPENSA CD N°: 14 FOLTA N° DA CONTÁ: 14	84.011.162/0001-15 EMPREGADOR: CONSTRUTORA ARAUJO LTDA CCG OFI CE: Rua: Graviola, 267 - Caçari ENDEREÇO: CEP: 69.307-772 MUNICÍPIO: Boa Vista RR ESP DO ESTABELECIMENTO: Const. Pesada CARGO: Aux. de Cozinha CBO N°: 5135-05 (65) DATA DE ADMISSÃO: 16 DE FEVEREIRO DE 2018 REGISTRO N°: 363 FL. NCM: 363 REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 900,00 - Novecentos Reais DATA DE SAÍDA: 10 DE ABRIL DE 2014 COM. DISPENSA CD N°: 14 FOLTA N° DA CONTÁ: 14



ANOTAÇÕES DE FÉRIAS	
DE	A
PERÍODO	
DE	A
PERÍODO	
DE	A
PERÍODO	
DE	A
PERÍODO	
DE	A
PERÍODO	
DE	A
PERÍODO	

ANOTAÇÕES GERAIS	
Anotações administrativas por meio	
Retificação da data de admissão foi em 09 de setembro de 2011. A senhora Terly de Araujo Costa, a qual trabalhou como doméstica de família de 09-09-11 a 17-05-2014 na minha residência teve seus direitos por tempo de serviço pagos. Acerto feito a justiça do trabalho em 17-09-14. Nº Processo: 0000839-47, 2014-5-110052 2ª Marlene Moreira Hirt	

1795092

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei.)

O portador da presente foi admitido em 16/02/15 por instrumento, escrito pelo prazo de 30 dias de experiência, podendo ser prorrogado por mais 60 dias, podendo este contrato ser rescindido por qualquer das partes antes do término, sem aviso prévio ou indenização, conforme artigo 479 da CLT.

Kesia Vieira
Procuradora
381.996.882-20

22

1795092

ANOTAÇÕES GERAIS

(Anotações autorizadas por lei.)

Apartir do dia 01/11/17 a mesma passou a exercer a função de Copista, conforme a solicitação do INSS.

Edlane Atôquere
Encarregada de RH

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



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 1373 /2016 - Boa Vista-RR, em
06/06/2016.

COMUNICANTE: RUTH SHEILA ARAUJO DA SILVA
RG: 357046-0 O. EXP.: SESP - RR CPF.: 015.530.692-85
ENDEREÇO: RUA: RIO AMAZONAS Nº:1342 CIDADE: BOA VISTA
BAIRRO:JARDIM BELA VISTA
SEXO: FEMININO PROFISSÃO: DO LAR
NATURALIDADE: BOA VISTA ESTADO: RORAIMA
DATA DE NASCIMENTO: 29/10/1990 IDADE: 25 GRAU DE INSTRUÇÃO: ENS.MED.COM
ESTADO CIVIL:SOLTEIRA TELEFONE: (95) 99162-2623 / 99171-5709 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI
NOME DO PAI: RAIMUNDO NONATO DA SILVA
NOME DA MÃE: TERLY DE ARAÚJO COSTA

Senhor Delegado, venho comunicar que aproximadamente às 23:30 do dia 24/03/2016, na Av: Brilho do Sol, Bairro Bela Vista, Município: Boa Vista - RR, aconteceu o seguinte fato:

A comunicante acima mencionada informa que sua mãe a Srª TERLY DE ARAÚJO COSTA portadora do RG: 77394 e inscrita no CPF Nº: 201.169.932-00 estava trafegando a pé pela avenida acima citada quando ao tentar atravessar a mesma foi atropelada pela motocicleta HONDA - CG DE COR AZUL E PLACA: NAR - 6480 que era conduzido pelo SRº Fernando Patrick Sousa Santos, informa ainda que a PM - Polícia Militar esteve no local do fato e que sua mãe foi socorrida e levada ao PSE - HGR pela equipe do RESGATE, é o que tem a relatar.

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

Ruth Sheila Araújo 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 dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-denunciação caluniosa e 340-comunicação falsa de crime ou de contravenção do Código Penal Brasileiro."

DE ORDEM DO DELEGADO RECEBIMENTO E CONFERÊNCIA <u>18/05/16</u> DAT <i>Ruth</i> Conferente / Recebedor	DOCUMENTOS ANEXOS • RG E CPF • CNH • CRLV • PRONTUARIO MEDICO • ROP/PM OU BAT/PRF • FICHA DO SAMU OU RESGATE • COMPROVANTE DE ENDEREÇO
--	---

18 MAIO 2016

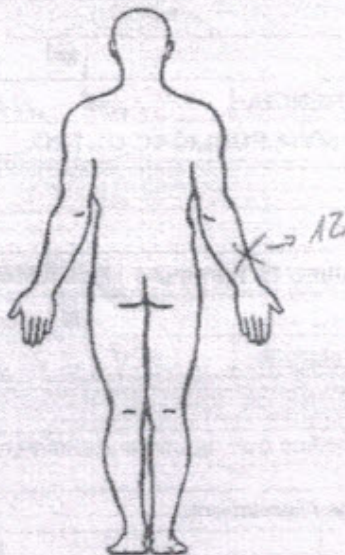
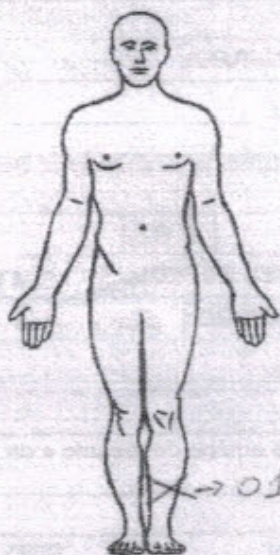
AGENTE DE POLÍCIA

PMRR - BPM		RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL		SÉRIE J			
		Nº		804511			
Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Trans	H/Ini	CH/H	H/Fir
SS-6	CIPTUR	24-03-16		23:40	23:40		00:36
Cod. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini.	Km/Fim.			
1004	13009/13999	-X-X-X-X-X-	39.361	39.373			
LOCAL DE OCORRÊNCIA							
Av./Rua. Avenida Brilho do Sol		Bairro: Bela Vista		Refe.: Geiza Bar			
PESSOAS RELACIONADAS							
1	Conduzido	Nome: Fernando Patrick Sousa Santos	Idade: 19	E. Civil: Solteiro			
Endereço: Rua Rio Amazonas, 150, Bela Vista							
Edt. R.G.	7575236	CNH: Não possui	Profissão: Estudante				
2	Vítima	Nome: Terli de Araujo Costa	Idade: 52	E. Civil: Casada			
Endereço: Rua Rio Amazonas, 1342, Bela Vista							
Edt. R.G.	XXXXXXXXXXXXXX	CNH: XXXXXXXXXX	Profissão: Do Lar				
3	Relacionado	Nome: Italian dos Santos Aguiar	Idade:	E. Civil:			
Endereço:							
Edt. R.G.	6369784 SSP/PA	CNH: 0610015.107	Profissão:				
4		Nome:	Idade:	E. Civil:			
Endereço:							
Edt. R.G.		CNH:	Profissão:				
Armas, objetos, valores, materiais, apreendidos							
Objetos do item 01: RG Nº7575236							
AVARIAS RELACIONADAS PELA PERICIA							
RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):							
ASSINATURA	CARGO		LOCAL				
<i>Bohnol</i>	ROPC		CF				
HISTÓRICO							
Senhor Delegado do 5º DP, acionado via CIOpS para atender uma ocorrência de Atropelamento no endereço acima citado. Veículo do item 01 HONDA CG AZUL NAR 6480 Segundo o item 01 trafegava na Avenida Brilho do Sol sentido Bela Vista quando em frente ao estabelecimento Geiza Bar o item 02 foi atravessar a Avenida, porém, segundo o item 01 o item 02 ficou na dúvida se iria passar ou não na referida Avenida e o item 01 não teve como evitar o Acidente. Segundo o item 02 foi atravessar a Avenida Brilho do Sol quando foi atropelada pelo item 01. O item 02 foi conduzida ao Pronto Socorro Estadual pelo SAMU com escoriações pelo corpo. O item 01 apresenta escoriações na braço direito e mão esquerda devido o acidente de trânsito. A perícia foi acionada no local. O item 01 não possui CNH e foi notificado conforme auto de infração feito pela guarnição do SMTRAM. O veículo do item 01 foi entregue ao item 03. Apresento o item 01 para as providencias cabíveis. Segundo o item 01 havia um individuo no local que estava ameaçando ele e que iria mata-lo devido ter acidentado o item 02.							
40.375-0		2º SGT/PM		CIPTUR			
Nº		Posto/Graduação		SUOp			
HISTÓRICO							

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR COMANDO OPERACIONAL COMPANHIA DE EMERGÊNCIA PRÉ-HOSPITALAR		REGISTRO N°: 0016137					
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA		OCORRÊNCIA: ☒ TRAUMA ☐ CLÍNICO					
		CÓDIGO: T-09					
		REG. DE REFERÊNCIA:					
DATA	VIATURA	ÁREA DE ATUAÇÃO	HORÁRIOS	SAÍDA DA OBM	NO LOCAL	NA UNID. SAÚDE	NA OBM
24/03/16	Rua 14	☒ Leste ☐ Oeste		23 h 32 min	23 h 42 min	00 h 02 min	00 h 17 min
1. DADOS GERAIS DA OCORRÊNCIA							
ENDEREÇO: Rua BAILHO DO SOL				N° - BAIRRO: BELA VISTA			
CIDADE: BV		PONTO DE REFERÊNCIA: SUP. AGAI					
LOCAL DA OCORRÊNCIA ☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:							
2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA							
NOME: Terilly de Araújo Costa				R.G.: -			
D.N.: 18/03/63		IDADE: 53		SEXO: ☐ Masculino ☒ Feminino		NECESSIDADES ESPECIAIS: ☐ SIM ☒ NÃO	
ENDEREÇO: Rua Rio Amazonas				N 1342 BAIRRO: BELA VISTA			
CIDADE: BV		Telefone: 99167 5419					
3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO							
☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso o atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.							
☐ O paciente/vítima recusou assinar o Termo de Recusa de Atendimento.							
Assinatura do paciente/vítima:				RG N°:		SSPI	
Testemunha:				RG N°:		SSPI	
Testemunha:				RG N°:		SSPI	
4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Acima de 5 anos)							
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora				Total	
☒ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. À dor ☐ 1. Nenhuma	☒ 5. Orientado ☐ 4. Confuso ☐ 3. Palavras inapropriadas ☐ 2. Sons incomp./ Gemidos ☐ 1. Nenhuma	☒ 6. Obedece aos comandos verbais ☐ 5. Localiza e tenta remover o estímulo doloroso ☐ 4. Reage a dor ☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma				15 Pontos	
5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (Abaixo de 5 anos)							
Abertura Ocular	Resposta Verbal	Resposta Motora				Total	
☐ 4. Espontânea ☐ 3. À voz ☐ 2. À dor ☐ 1. Nenhuma	☐ 5. Palavras/ sorriso/ Olhar acompanhada ☐ 4. Choro, mas que pode ser confortado ☐ 3. Irritabilidade persistente ☐ 2. Agitação ☐ 1. Nenhuma	☐ 6. Movimenta os 4 membros ☐ 5. Localiza e retira o estímulo doloroso ☐ 4. sente dor, mas não retira ☐ 3. Flexão anormal a dor (Decorticação) ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração) ☐ 1. Nenhuma				____ Pontos	
6. SINAIS VITAIS							
PA:	FR:	FC:	SpO2:	Temperatura:			
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA - SUBJETIVA							
ALERGIA: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAL (is):							
USO DE MEDICAMENTOS: ☒ NÃO ☐ SIM - QUAIS:							
8. CASOS CLÍNICOS							
☐ Emerg. Cardíaca ☐ Crise hipertensiva ☐ Emerg. respiratória ☐ AVE ☐ Diabetes	☐ Emerg. Obst. - Trabalho de parto ☐ Emerg. Obst. - Suspeita de aborto ☐ Emerg. Obst. - Complicações ☐ Emerg. Obst. - Outros ☐ Insuficiência Renal Aguda	☐ Choque anafilático ☐ Crise convulsiva ☐ Desmaio/síncope ☐ Doenças infectocontagiosas ☐ Emerg. Psiquiátrica	☐ Alcoolismo ☐ Remoção inter-hospital ☐ Remoção casa-hospita ☐ Outros:				

9. ORIGEM DO TRAUMA

- | | | | |
|--|---|---|--|
| ☒ Acidente de trânsito | ☐ Suicídio/tentativa | ☐ Queimadura - Química | ☐ Vit. de envenenamento |
| ☐ Acidente aéreo | ☐ Ferimento arma branca | ☐ Queimadura - Térmica | ☐ Vit. de intoxicação |
| ☐ Queda - plano elevado | ☐ Ferimento arma de fogo | ☐ Acid. com eletricidade | ☐ Ataque animal |
| ☐ Queda - própria altura | ☐ Ferimento penetrante/perf. | ☐ Afogamento | ☐ Acid. animais peçonhentos |
| ☐ Agressão física | ☐ Ferimento Avulsão/amput. | ☐ OVACE | ☐ Emerg. produtos perigosos |
| ☐ Agressão sexual | ☐ Ferimento Esmagamento | ☐ Vit. de soterramento | ☐ Outros: _____ |

10. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS

legenda:

- 01 - Fratura
- 02 - Luxação
- 03 - Entorse
- 04 - Ferimento Incisivo
- 05 - Ferimento Lacerante
- 06 - Ferimento Corto-contuso
- 07 - Ferimento perfurante
- 08 - Ferimento penetrante
- 09 - Amputação
- 10 - Avulsão
- 11 - Contusão
- 12 - Escoriações
- 13 - Queimaduras

11. HISTÓRICO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

VÍTIMA CONSCIENTE, COM FRATURA EXPOSTA NA TÍBIA ESQUERDA. FEITA A IMOBILIZAÇÃO DA CERVICAL E DA FRATURA. RENOVADA A SIA DOS FERIMENTOS E RENOVADO O PS PARA AVALIAÇÃO MÉDICA DETALHADA.

12. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL

- | | | | | |
|---|---|-----------|-----------------------------------|--|
| ☐ Carteira de identidade | ☐ Cartão magnético | Und _____ | ☐ Capacete | ☐ Outros: _____ |
| ☐ CNH | ☐ Cheque | Fis _____ | ☐ Calçado | _____ |
| ☐ CPF | ☐ Dinheiro | R\$ _____ | ☐ Óculos | _____ |
| ☐ Título de eleitor | ☐ Jóias | _____ | ☐ Relógio | _____ |

Aos cuidados de:

RG:

Telefone:

13. UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|--|---|---------------------------------------|
| ☒ P.S. Francisco Elesbão | ☐ Hosp. da Criança Santo Antonio | ☐ Outro: _____ |
| ☐ P.A. Ailton Rocha | ☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | |
| ☐ Policlínica Cosme e Silva | ☐ Hosp. Unimed | |

14. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

- | | | |
|---|-----------------------------------|---|
| ☒ Crítico | ☐ Instável | ☒ Estável |
|---|-----------------------------------|---|

15. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

- | | | | |
|------------------|-----------------|------------------|-------------------------------|
| Chefe de equipe: | Socorrista (s): | Condutor da VTR: | Responsável pelo atendimento: |
| SGT MACEDO | SGT JURY | SGT SILVEIRA | Mochocho |

16. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE

- | | |
|------------------------------------|----------|
| Assinatura: | Carimbo: |
| Documento de identidade: | |
| Registro do Conselho (CRM, COREN): | |

... Guia de Atendimento 02 ...

24/03/2016

COIT

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

FICHA DE ATENDIMENTO				TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-07	
1600565384	24/03/2016 00:05:53	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF		
Paciente		18/03/1963	53 A O M 6 D				
TERLY DE ARAUJO COSTA	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	
Documento			F		PARDA	BOA VISTA - RR	
IDENTIDADE			Pai			Contato	
Mão						(95) 99138-6303	
MARIA MERCEDES DE ALBUQUERQUE						Ocupação	
Endereço							
RUA - RIO AMAZONAS - 1342 - BELA VISTA - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ATROPELAMENTO	URGÊNCIA						
Solr	Tipo de Chogada	Procedimento Sol.					
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL						
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC			TOTAL			
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
guia de moto A: A B: A C: N							
Exame Físico	D: 0:15. E: N						
Arteriais 100/70 no braço D							
Hipótese Diagnóstica	D no Pano A + Tabo F. de fêmur						
Pele - Pano de Pano							
SADT - Exames Complementares	☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:						
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
Tubul. Of 100							
Definir 2ul 100							
fratura exposta de fêmur com							
exposição óssea							
Conduta	CT = Ao Centro Cirurgico						
☐ Alta por Decisão Médica	☐ Ambulatório						
☐ Alta a Pedido	☐ Observação (Até 24h)						
☐ Alta a Revelia	☐ Informação						
☐ Transferência para:	Data e Hora da Saída/Ata:						
óbito	Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não						
Destino: ☐ Família	☐ IM Anatomia Patológica						
Assinatura do Paciente ou Responsável	Carimbo e Assinatura do Médico						
Ingresso por: alexsandro pereira	Data Hora: 24/03/2016 00:09:31						
				08 JUN 2016			
				SNE			
				Cópia e Retirada de Cópia			
				Interessado neste Hist.			

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				4 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE							
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE				9 - SEXO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - UF			
				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
21 - CID 10 PRINCIPAL							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÉCNICO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO							
36 - CTPJ DA SEGURADORA							
37 - N° DO BIHETE							
38 - SÉRIE							
39 - CTPJ EMPRESA							
40 - CHAE DA EMPRESA							
41 - CBOR							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - DOCUMENTO							
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							

Poliovírus
história exposta de T. b. b. Após
crurgias
Rx + Ex físico e Anamnese
Poliovírus + História exposta T. b. b.
fix. ext. em Ferns
MAX / Erida
23/03/16
08 JUN. 2016
Shale
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital



BOLETIM OPERATÓRIO

Ferty. Le. Araújo. Costa

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 23/03/16

O.S. 85

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Exposta da Tibia.

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Trat. cirurgico de frt. exp. + fix. externa. T.b

TIPO DE INTERVENÇÃO: cirurgia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Friaello 1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA: Adriano

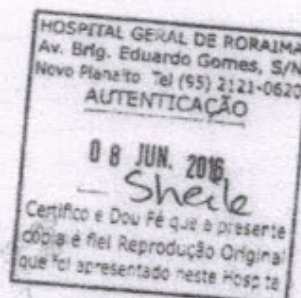
1º AUXILIAR: ANESTESIA:

ANESTESISTAS: ANESTÉSICO:

NÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DDD sob plano anestésico.
- 2) Assépsia + Antissepsia + Campos e.v. vigiados - estereot.
- 3) L.M.C. assistida com sel. de Srt.
- 4) Percebe-se fraturas e. parte ossos.
- 5) Colocação de fix. externa na T.bia D.
- 6) Rx controle. Reduzido. melhor p/ momento.
- 7) Lavagem
- 8) Sutura: de pele
- 9) curativo.
- 10) Do R.P.A.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Associação Patrimônio dos Indígenas"

FICHA DE ANESTESIA

Emergency / Ordequeto
Tomy de Arango Cordo 42:530mm
to have

Nº 1221 VISA
24/03/16

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

[illegible]

DR. EDINO ALLAMANO DE A. SOARES
ANESTESIOLOGIA
CRM 820/RR

HOSPITAL GENÉRIO ROCHA
Dr. Brígida de Almeida Gomes, S/A
R. Manoel de Almeida Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
08 JUN. 2016
Sheila
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE		FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA			
NOME DO PACIENTE		APT* OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Terly de Araújo Costa				24/08/16	
TIPO		CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TTO cirurgico Fract. exposta de tibia + fixação				INÍCIO	FIM
				1:48	2:35
EQUIPE MÉDICA		EQUIPE MÉDICA Externa MPE			
CIRURGIÃO		ANESTESISTA			
Dr. Erinaldo		Dr. Edino de Aguiar			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
R. Dr. Erinaldo		A. Cruzon			
2º AUXILIAR		CIRCULANTE			
		Lizmar, Martha, Nilbara, Rdo			
TIPO DE ANESTESIA		VALOR		TEMPO DE DURAÇÃO	
Daque				Robson	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	VALOR
	CATGUT SIMPLES N°		1	HORAS DE OXIGÊNIO	
	CATGUT SIMPLES N°		1	FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc	300ml
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO	2 x 300ml
	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %cc	
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA líquida %cc	2%
	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO			FLAXEDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTHANE	
	FIOS DE SEDA N°			PEITRANE	
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANE	
	MONONYLON COM AGULHA 30			ETER Madama ocupam	
	MONONYLON SEM AGULHA			ATROPINA algodão ortopédico	
	UNIDADES DE GAZE ± 100			PROSTGIMINE	
	PARES DE LUVAS N° 8.0			THIENEBUTA Eletrodo	
	EQUIPOS PARA SORO macio			MARCAÍNA	
	ROLOS DE ESPARADRAPO 20m			INHALADOR 02	
	DRENOS N°			GLICOSE %	
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA	
	AGULHAS			MERTHIOLATE	
	COMPRESSAS c/ 3			MERCÚRIO CROMO	
	LÂMINAS PARA BISTURI 20			Desumante 100ml	
				alcal 209 100ml	
SOMA					
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS					
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE			
		Semone			
FUNDADOR / CALCULAD		FUNDADOR / CALCULAD			
		Lauze			

ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA
Av. Nelson Palma Travassos, 851 - CEP 62098-000
Tel: 55(11)25484000 - FAX 55(11)25484010
Diretor - Site: www.ortosintese.com.br

Ref.: 4747/02 Lote: S14251

FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 500MM
FIXADOR EXTERNO LAYFIX
FIXADOR EXTERNO
Registro ANVISA N°
MP AISI 304 ASTM F138

12/6/2018 12/6/2018

10223710095 ALUMÍNIO

Uso Único

12/6/2018 12/6/2018

599144 314776

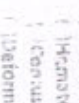
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Eng. Ezequiel Gomes, 500
Ribeirão Preto - SP 13121-000

08 JUN. 2016

Shirley

Certifico que a presente
é fiel reprodução original
e está representada neste Hospital

Rep. Técnico CARLOS M. NAKAMURA/ROREMA 060180293



HGR
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Tenley de Araujo Costa

Idade: 53A

Sexo: M

Localização: 01:30

Início da Cirurgia: 01:43

Início da Anestesia: 01:38

Entrada na Sala: 01:30

Início da Cirurgia: 01:43

Início da Anestesia: 01:38

Terminar Cirurgia: 02:00

Terminar Anestesia: 02:00

Sair da S.O.: 02:00

Localização: 01:30

Início da Cirurgia: 01:43

Início da Anestesia: 01:38

Terminar Cirurgia: 02:00

Terminar Anestesia: 02:00

Sair da S.O.: 02:00

Localização: 01:30

Início da Cirurgia: 01:43

Início da Anestesia: 01:38

Terminar Cirurgia: 02:00

Terminar Anestesia: 02:00

Sair da S.O.: 02:00

Localização: 01:30

Início da Cirurgia: 01:43

Início da Anestesia: 01:38

Terminar Cirurgia: 02:00

Terminar Anestesia: 02:00

Sair da S.O.: 02:00

Localização: 01:30

Início da Cirurgia: 01:43

Início da Anestesia: 01:38

Terminar Cirurgia: 02:00

Terminar Anestesia: 02:00

Sair da S.O.: 02:00

Localização: 01:30

Início da Cirurgia: 01:43

Início da Anestesia: 01:38

Terminar Cirurgia: 02:00

Terminar Anestesia: 02:00

Sair da S.O.: 02:00

Localização: 01:30

Início da Cirurgia: 01:43

Início da Anestesia: 01:38

Terminar Cirurgia: 02:00

Terminar Anestesia: 02:00

Sair da S.O.: 02:00

Localização: 01:30

Início da Cirurgia: 01:43

Início da Anestesia: 01:38

Terminar Cirurgia: 02:00

Terminar Anestesia: 02:00

Sair da S.O.: 02:00

Localização: 01:30

Início da Cirurgia: 01:43

Início da Anestesia: 01:38

Terminar Cirurgia: 02:00

Terminar Anestesia: 02:00

Sair da S.O.: 02:00

Localização: 01:30

Início da Cirurgia: 01:43

Início da Anestesia: 01:38

Terminar Cirurgia: 02:00

Terminar Anestesia: 02:00

Sair da S.O.: 02:00

Localização: 01:30

Início da Cirurgia: 01:43

Início da Anestesia: 01:38

Terminar Cirurgia: 02:00

Terminar Anestesia: 02:00

Sair da S.O.: 02:00

Localização: 01:30

Início da Cirurgia: 01:43

Início da Anestesia: 01:38

Terminar Cirurgia: 02:00

Terminar Anestesia: 02:00

Sair da S.O.: 02:00

Localização: 01:30

Início da Cirurgia: 01:43

Início da Anestesia: 01:38

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA
ANTES DA INCISÃO

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA
Nome Terley de Araújo Costa
Cirurgião Responsável Dr. Fernando

ENTRADA (Sala Pre Anestésica)
☒ 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

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 1/1
Assinatura e Carimbo Hora 1

Anestesiista

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

☒ 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

ANTES DE O PACIENTE SAIR DO SALÃO DE OPERAÇÃO
GERALDO DE RORAIMA
Eduardo Gomes, S/M
Tel: 65 3511-0620
JUN. 2019
Sheila
Reprodução Original
feita e apresentada neste HGR

SAÍDA (Sala Pré Anestésica)

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENFERMAGEM E A EQUIPE DE MEDICINA CONFERMAM VERBALMENTE COM A EQUIPE

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☐ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)

☐ COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☒ O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM AS PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DO PACIENTE

Assinatura e Carimbo



GOVERNO DO ESTADO DE PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ORTOP. OK

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE/SETOR	QUARTO	LEITO	NR DO REGISTRO
NOME DO PACIENTE: <u>Ferny de Anjo Costa</u>			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM OBSERVAÇÃO
21	11.00-12.00 h. v. v.	5.15-7.00	18:00 PA = 104/54 mmHg
22	12.00-13.00 h. v. v.	7.00-8.00	23:00
23	13.00-14.00 h. v. v.	8.00-9.00	PA = 104/52
24	14.00-15.00 h. v. v.	9.00-10.00	FC = 80
25	15.00-16.00 h. v. v.	10.00-11.00	
26	16.00-17.00 h. v. v.	11.00-12.00	
27	17.00-18.00 h. v. v.	12.00-13.00	
28	18.00-19.00 h. v. v.	13.00-14.00	
29	19.00-20.00 h. v. v.	14.00-15.00	
30	20.00-21.00 h. v. v.	15.00-16.00	
31	21.00-22.00 h. v. v.	16.00-17.00	
32	22.00-23.00 h. v. v.	17.00-18.00	
33	23.00-00.00 h. v. v.	18.00-19.00	
34	00.00-01.00 h. v. v.	19.00-20.00	
35	01.00-02.00 h. v. v.	20.00-21.00	
36	02.00-03.00 h. v. v.	21.00-22.00	
37	03.00-04.00 h. v. v.	22.00-23.00	
38	04.00-05.00 h. v. v.	23.00-00.00	
39	05.00-06.00 h. v. v.	00.00-01.00	
40	06.00-07.00 h. v. v.	01.00-02.00	
41	07.00-08.00 h. v. v.	02.00-03.00	
42	08.00-09.00 h. v. v.	03.00-04.00	
43	09.00-10.00 h. v. v.	04.00-05.00	
44	10.00-11.00 h. v. v.	05.00-06.00	
45	11.00-12.00 h. v. v.	06.00-07.00	
46	12.00-13.00 h. v. v.	07.00-08.00	
47	13.00-14.00 h. v. v.	08.00-09.00	
48	14.00-15.00 h. v. v.	09.00-10.00	
49	15.00-16.00 h. v. v.	10.00-11.00	
50	16.00-17.00 h. v. v.	11.00-12.00	
51	17.00-18.00 h. v. v.	12.00-13.00	
52	18.00-19.00 h. v. v.	13.00-14.00	
53	19.00-20.00 h. v. v.	14.00-15.00	
54	20.00-21.00 h. v. v.	15.00-16.00	
55	21.00-22.00 h. v. v.	16.00-17.00	
56	22.00-23.00 h. v. v.	17.00-18.00	
57	23.00-00.00 h. v. v.	18.00-19.00	
58	00.00-01.00 h. v. v.	19.00-20.00	
59	01.00-02.00 h. v. v.	20.00-21.00	
60	02.00-03.00 h. v. v.	21.00-22.00	
61	03.00-04.00 h. v. v.	22.00-23.00	
62	04.00-05.00 h. v. v.	23.00-00.00	
63	05.00-06.00 h. v. v.	00.00-01.00	
64	06.00-07.00 h. v. v.	01.00-02.00	
65	07.00-08.00 h. v. v.	02.00-03.00	
66	08.00-09.00 h. v. v.	03.00-04.00	
67	09.00-10.00 h. v. v.	04.00-05.00	
68	10.00-11.00 h. v. v.	05.00-06.00	
69	11.00-12.00 h. v. v.	06.00-07.00	
70	12.00-13.00 h. v. v.	07.00-08.00	
71	13.00-14.00 h. v. v.	08.00-09.00	
72	14.00-15.00 h. v. v.	09.00-10.00	
73	15.00-16.00 h. v. v.	10.00-11.00	
74	16.00-17.00 h. v. v.	11.00-12.00	
75	17.00-18.00 h. v. v.	12.00-13.00	
76	18.00-19.00 h. v. v.	13.00-14.00	
77	19.00-20.00 h. v. v.	14.00-15.00	
78	20.00-21.00 h. v. v.	15.00-16.00	
79	21.00-22.00 h. v. v.	16.00-17.00	
80	22.00-23.00 h. v. v.	17.00-18.00	
81	23.00-00.00 h. v. v.	18.00-19.00	
82	00.00-01.00 h. v. v.	19.00-20.00	
83	01.00-02.00 h. v. v.	20.00-21.00	
84	02.00-03.00 h. v. v.	21.00-22.00	
85	03.00-04.00 h. v. v.	22.00-23.00	
86	04.00-05.00 h. v. v.	23.00-00.00	
87	05.00-06.00 h. v. v.	00.00-01.00	
88	06.00-07.00 h. v. v.	01.00-02.00	
89	07.00-08.00 h. v. v.	02.00-03.00	
90	08.00-09.00 h. v. v.	03.00-04.00	
91	09.00-10.00 h. v. v.	04.00-05.00	
92	10.00-11.00 h. v. v.	05.00-06.00	
93	11.00-12.00 h. v. v.	06.00-07.00	
94	12.00-13.00 h. v. v.	07.00-08.00	
95	13.00-14.00 h. v. v.	08.00-09.00	
96	14.00-15.00 h. v. v.	09.00-10.00	
97	15.00-16.00 h. v. v.	10.00-11.00	
98	16.00-17.00 h. v. v.	11.00-12.00	
99	17.00-18.00 h. v. v.	12.00-13.00	
100	18.00-19.00 h. v. v.	13.00-14.00	

HOSPITAL GERAL DE PARANÁ
Av. Dr. Eduardo Gomes, 514
Nova Friburgo, RJ (RJ) 21.21-0023
AUTENTICAÇÃO
08 JUN. 2016
Cópia e Dou é que a original
Cópia e Dou é que a original
Cópia e Dou é que a original

Refer *hipertensão com dipirona*
108-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Irley de Araújo LEITO: 25, 3, 16
DATA: 25, 3, 16

DIAGNÓSTICO: _____

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	<i>Dipirona 500mg/ml - 2ml EV 6/6h</i> <i>305P</i>	<i>(12-18-24-06)</i>																																
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	<i>(14-20-06)</i>																																
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	SN																																
10	Glicemia capilar (_____ Corrigir conforme esquema abaixo: <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+ 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 border="1"><thead><tr><th colspan="3">S/N</th></tr><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>	S/N				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																																	
S/N																																		
	GLICEMIA	I.R.																																
12:00																																		
18:00																																		
24:00																																		
06:00																																		
11	Curativo diário 1x ao dia	M																																
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																																
13	<i>Paracetamol 500mg VO 6/6h</i> <i>(12-18-24-06)</i>	<i>12-18-24-06</i>																																
14	<i>Mefenidol 500mg EV 8/8h</i>	<i>14-20-06</i>																																
15	<i>Anticoagulante 240mg EV 1x dia</i>	<i>16</i>																																
16	Evolução Médica: <i>Arto inferior 2 vezes.</i>	<i>Dr. Erasmo Bruno Rodrigues Coelho</i> <i>Médico Residente</i> <i>Ortopedia e Traumatologia</i> <i>CRM/R 1732</i>																																

SINAIS VITAIS			
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)
12:00	105x79	79	
18:00	100x80	80	
24:00	120/80	77	
06:00	110/80	75	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, 51
Nova Planície - Tel (95) 2121-0611
T (COPIA) **COPIA**
08 JUN. 2016
Sheila
Certifico e Dou Fé que a presente cópia é fiel Reprodução Original que foi apresentada neste Hospital

BLOCO A. 108-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	24/03/2016	DIH	4	DN	18/03/1963
PACIENTE	TERLY DE ARAUJO COSTA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE TÍBIA E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	53	LEITO	108-1	DATA	27/03/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE.				SND
2	SF 0,9 % 700 ML EV EM 24 HS LENTO				SUSP
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H				SUSP
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				Suspensão
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				SUSP
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N				SU
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SU
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SU
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA				SU
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				SU
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SU
13	SSVV + CCGG 6/6 HS				SU
14	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA				SU
15	CLINDAMICINA 600MG, IV, 8/8HS				SU
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# SOLICITADO:					
# CONDUZA:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	
5 H	110/70	70		36,1	
12 H	110/70	70			
18 H	110/70	70			
22 H	110/70	78		36,8	
Dr. Elder Soares CRM/RR 1828 Residente de Ortopedia e Traumatologia					

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

AUTENTICAÇÃO

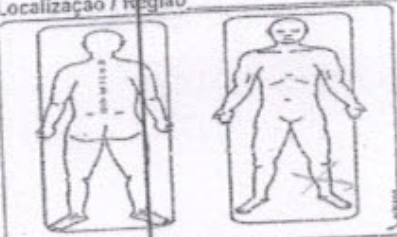
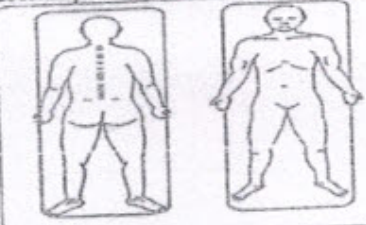
08 JUN. 2016

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA						HGR		HGR	
DATA DE ADMISSÃO		24/03/2016		DIH	5	DN	18/03/1963		
PACIENTE	TERLY DE ARAUJO COSTA								
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE TÍBIA E								
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA				
IDADE	53	LEITO	108-1	DATA	28/03/2016				
ITEM	PRESCRIÇÃO								HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE.								9ND
2	SF 0.9 % 1000 ML EV EM 24 HS LENTO								SUSP
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H								
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H								
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA								SUSP
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N								
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA								
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)								
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA								
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H								
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG								
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)								
13	SSVV + CCGG 6/6 HS								
14	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA (D/3)								
15	CLINDAMICINA 600MG, IV, 8/8HS (D/3)								
16									
17									
18									
19									
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA								
EVOLUÇÃO MÉDICA:									
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES									
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.									
# SOLICITADO:									
# CONDUTA:									
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:									
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO									
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Elder Soares CRM/RR 1828 Residente de Ortopedia e Traumatologia				
5H	110/80	70	—	36.1°C					
12H	100x70	68	—	35.9°C					
18H	126x82	75							
22H	120x75	73							

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
 Novo Planalto, Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
 08 JUN. 2016
 Shela
 Certifico e Dou Fé que a presente
 cópia é fiel Reprodução Original
 que foi apresentado neste Hospital

	Acompanhamento das Feridas Comissão de Curativo - HGR	Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Fevereiro 2013	
		Atualizada: Janeiro / 2015			
		ENF/LEITO: 108.1			

Nome: <u>Jerly</u> <u>haujo</u> <u>Costa</u>		Localização / Região	
DATA: <u>28.03.16</u>	☐ GRAU - I ☒ GRAU - II		DATA: ☐ GRAU - I ☐ GRAU - II
Localização / Região 		Localização / Região 	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ onepatológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____		☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ onepatológica ☐ cirúrgica ☐ Trauma ☐ outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☒ Tecido necrótico		☐ Tecido de granulação ☐ com esfacelo ☐ Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serossanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo
Dor:	☒ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor
Condição da pele Perifoneal:	☐ Normal ☒ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____		☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____		☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro: _____
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde		☐ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>29.03.16</u>		
Carimbo e ass. em Enfermagem	01- <u>Sua Come</u>	02- <u>Isolauel</u>	01- <u></u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
 Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
 08 JUN. 2016
Sheila
 Certifico e dou fé que a presente
 cópia é fiel Reprodução Original
 que foi apresentada neste Hospital

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		24/03/2016	DIH	3	DN 18/03/1963
PACIENTE	TERLY DE ARAUJO COSTA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE TÍBIA E				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	53	LEITO	108-1	DATA	26/03/2016
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE.				SUSP
2	SF 0,9 % 700 ML EV EM 24 HS LENTO				SUSP
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H				
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				10
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA				SUSP
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N				7h
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				7h
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				26h
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA				
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H				7h
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				7h
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				Verificar
13	SSVV + CCGG 6/6 HS				14h
14	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA				14h 22h 26h
15	CLINDAMICINA 600MG, IV, 8/8HS				
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Elder Soares CRM/RR 1828 Residente de Ortopedia e Traumatologia
6 H	133/86	75		36,2°	
12 H	113/71	85		36,2°	
18 H	113/86	90		37,5°	
24 H	134/87	91		36,1°	

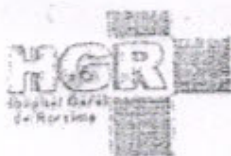
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

08 JUN. 2016

Sheb

Cópia e Colagem que é presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: _____
NOME: TERLY DA ANZOZO LIMA
IDADE: 53 REGISTRO: _____
LOCAL: A ENFERMARIA: _____ LEITO: 108.1
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____
DE: DARTOPASSA PARA: CARDIOLOGIA

Dados Clínicos:

Reno limpa

28/03/16
Data

Dr. Elder Soares
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1828

Médico

Reno atípico
53 anos
urgente
Outgide
Urg. fúsculo carbológico
Ex. físico: PA: 120
Ap. R. A. 3
Ap. P. Q. 1
ECG. Nor
PC. Cora I Goldman



28/03/16
Data

Dr. Elder Soares
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1828

Médico

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		24/03/2016	DIH	6	DN	18/03/1963
PACIENTE	TERLY DE ARAUJO COSTA					
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE TÍBIA E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	53	LEITO	108-1	DATA	29/03/2016	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE.					3ND
2	SF 0,9 % 1000 ML EV EM 24 HS LENTO					12h 2h
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H					SUSP
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H					
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA					
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N					SUSP
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					75N
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA					
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H					
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					75N
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					18h/12h
13	SSVV + CCGS 6/6 HS					
14	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA (D/3)					
15	CLINDAMICINA 600MG, IV, 8/8HS (D/3)					
16	Presença de curativo médica					
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					Revisão opaco SSVV imp/ cliente
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES						
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO,						
# SOLICITADO:						
# CONDUTA:						
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:						
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO						
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Elder Soares CRM/RR 1828 Residente de Ortopedia e Traumatologia	
6 H	110x70	64				
12 H	100x60	63		36°C		
18 H						
24 H	110x70	80				

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/
Novo Planalto Tel (95) 2121-062

AUTENTICAÇÃO

08 JUN. 2016

Shede

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO	24/03/2016	DIH	8	DN	18/03/1963	
PACIENTE	TERLY DE ARAUJO COSTA					
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE TÍBIA E					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	53	LEITO	108-1	DATA	31/03/2016	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE.					SND
2	SF 0,9 % 500 ML EV EM 24 HS LENTO					12
3	CEFAZOLINA 1G EV 8/8H					SUSP
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H					-
5	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA					Susp.
6	DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h S/N					SUSP
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					75ml
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					06
9	OMEPRAZOL 20MG EV 1X/DIA					18 06
10	SE FALTAR ITEM 9 REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 12/12H					SND
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					Retina
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SUSP
13	SSVV + CCGG 6/6 HS					16 24 08
14	GENTAMICINA 240MG, IV, 1X/DIA (D/5)					
15	CLINDAMICINA 600MG, IV, 8/8HS (D/6)					
16						
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES						
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO						
# SOLICITADO:						
# CONDUTA:						
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:						
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO						
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Elder Soares CRM/RR 1828 Residente de Ortopedia e Traumatologia	
6 H						
12 H						
18 H						
24 H						



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

585

PACIENTE TALLY DE ANAJO COSTA 53 ANOS

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 24 / 03 / 16 ÀS 10:30 HORAS.

DIAGNÓSTICO DE fratura exposta da tíbia esquerda

NO DIA 23 / 03 / 16 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

Tratamento cirúrgico da fratura exposta da tíbia esquerda SEM

OPERADO PELO DR. Eldey Soares E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 31 / 03 / 16 ÀS 14:00 HORAS. E

COM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

DRONEL MOTA NO DIA 07 / 04 / 16 ÀS 22:00 HORAS, COM

DR. _____

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



Dr. Eldey Soares
Residente de Ortopedia
e Traumatologia
CRM-RR 1928

Marcelo Anjo



GOVERNO DE RORAIMA
NÚCLEO ESTADUAL DE REABILITAÇÃO FÍSICA 05 DE OUTUBRO
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

RECEITUÁRIO

NOME: Terly de Araújo Costa

Declaro para os devidos fins que a paciente realizou tratamento fisioterapêutico no NERF, onde realizou 24 sessões. Atualmente está apresentando quadro algico sem maior intermitência, já realiza deambulação sem apoio e apresenta edema em membros ao realizar grandes esforços.

DATA: 13/04/17Camila Ximenes
FISIOTERAPEUTA
PROF.ª

ASSINATURA E CARIMBO



Rio de Janeiro, 11 de Agosto de 2017

Carta nº: 11467425

A/C: TERLY DE ARAUJO COSTA

Sinistro: 3170046500 ASL-0024903/17
Vítima: TERLY DE ARAUJO COSTA
Data Acidente: 24/03/2016
Natureza: INVALIDEZ
Procurador: DENILZE CORREA DANTAS

Ref.: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO, COM MEMÓRIA DE CÁLCULO DE INVALIDEZ

Prezado(a) Senhor(a),

Informamos que estamos disponibilizando o pagamento da indenização do seguro obrigatório DPVAT cujo o valor e os dados disponibilizamos a seguir:

Creditado: TERLY DE ARAUJO COSTA

Valor: R\$ 7.087,50

Banco: 104

Agência: 000003905

Conta: 000004693-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

Memória de Cálculo:

Multa:	R\$	0,00
Juros:	R\$	0,00
Total creditado:	R\$	7.087,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau intenso 75%

% Invalidez Permanente DPVAT: (75% de 70%) 52,50%

Valor a indenizar: 52,50% x 13.500,00 =

R\$ 7.087,50

NOTA: O percentual indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, sendo este aplicável sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente.

Em caso de dúvida, entre em contato conosco por meio do SAC DPVAT 0800 022 12 04 ou através do nosso site www.seguradoralider.com.br.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT