



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340B

Dr. Jofion Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA, brasileiro(a),
estado civil: solteiro, Profissão: Autônomo,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 356322-1 SSP/TO
e inscrito(a) no CPF/MF nº 944.205.805-00, residente e domiciliado
(a) na Av JARDIM 687 B-18 ARAÇA APT. nº 403,
Bairro: Cidade Satélite no
município Boa Vista /RR, telefone: 991222322, E-mail:
_____, vêm através de seu advogado in fine
assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa
Vista - Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus
procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
317B, Dra. PAULA RAFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a
cláusula *ad judicia et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro
Obrigatório DPVAT.

_____/RR _____, de _____ de 20____.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUZA

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Pálha de Souza
OAB/RR 340B

Dr. Jofion Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA,
estado civil Solteiro, RG nº 356322-1, e CPF
nº 944.205.805-00, residente e domiciliado (a) na
AV. JARDIM 687 B-18 COD. ARACIS Nº 403 Bairro:
Cidade Satélite, Cidade BOA VISTA RR
- Roraima, telefone (95) 991 222322.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa
que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com
eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da
lei 1.060/50. Por ser a mais lúdima expressão da verdade, firmo a
presente declaração.

_____, ____ de _____ de _____.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

DECLARANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANCA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICACAO ODILIO CRUZ



Polegar Direito



JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 356322-7

DATA DE EXPEDICAO 09/06/2015

NO ME JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

FILIAÇÃO SEBASTIÃO GOMES SOUSA
ALBERTINA ALVES DE SOUSA

NATURALIDADE ARAGUATINS - TO

DOC. ORIGEM CERTO CAS 2604 FLS 48 LIV B-8

ARAGUATINS - TO

CPF 944.205.801-00

DATA DE NASCIMENTO 19/01/1967

AMADEU ROCHA TRIANI
Perito Policial de Identidade Civil
Diretor do POC

944.205.801-00

2 VIA

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1



Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO

0135682-8

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal: 003227308

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JULHO/2019	01/08/2019	403	314,55

ROSA MARIA DOS SANTOS LIMA SOUSA
AV JARDIM 687 B13 A403-ARACA CIDADE SATELITE
RESIDENCIAL VILA JARDIM
CEP: 69.317-529 - BOA VISTA

ROT: 32.001.24.20.550200

DADOS DA LEITURA	kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA
Atual:	20790		Atual: 12/07/2019
Anterior:	20387		Anterior: 11/06/2019
Constante de Multiplicação:	1,000		Próxima Leitura: 12/08/2019
Consumo Medido:	403		Emissão: 11/07/2019
Consumo Faturado:	403	FCAM	Apresentação: 12/07/2019

NORMAL 31

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB032750	1423110	1.1.1.2	357

HISTÓRICO kWh	DESCRICAÇÃO DA CONTA
Mês/ano consumo	
JUN/19 217	CONSUMO 403 A R\$ 0,764602 = 308,13
MAI/19 366	ILUMINACAO PUBLICA 6,42
ABR/19 436	
MAR/19 410	
FEV/19 337	
JAN/19 331	
DEZ/18 317	
NOV/18 414	
OUT/18 409	
SET/18 387	
TARIFA SEM TRIBUTOS:	
0 A 403 - 0,634620	

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO
LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26
Parabéns! Até o dia 11/07/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO F8B0.8BC6.D8B2.7ED1.1CA6.CA09.FD61.D9F9

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$	IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$
Distribuição: 79,16	Base de Cálculo: 0,00
Energia: 167,87	Alíquota ICMS: 17,00%
Transmissão: 0,00	Valor do ICMS: 52,38
Encargos: 8,72	Valor do PIS: 0,00
Tributos: 52,38	Valor do COFINS: 0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

9,24 18,49 36,99 8,46 16,92 33,84 4,99
0,00 0,00 0,00

FLORESTA 05/2019 120,08

ROT: 32.001.24.20.550200



SEU CÓDIGO
0135682-8

TOTAL A PAGAR - R\$
314,55

MÊS FATURADO
07/2019

VENCIMENTO
01/08/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal:

003227308

FCAM

83620000003 9 14550075000 8 000000000135 4 68280719008 2



SEQ.: 00265 UC: 0135682-8 DT LETT: 12/07/2019 T ENTR: 02

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETRAN - RR Nº 013975850212
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 4
VIA 5
VIA 6
VIA 7
VIA 8
VIA 9

EXERCÍCIO
CÓD. RENAVAM
B.N.T.R.C.

01 00538665955
2019

NOME
JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

PLACA
NAP8665

CHASSI
9C2K0D550D8356480

ESPECIE / TIPO
PAS/MOTOCICLETA/NOVA

ANO MOD.
2013

ANO FAB.
2013

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRETO

COTÁ UNICA
COTA UNICA

VENO / COTAS
1*****

PARCELAMENTO / COTAS
2*****

FAIXA L.P.V.A
** PAGO COTA UNICA **

PREMIO TARIFARIO (R\$)
R\$0,32 R\$84,58

DATA DE PAGAMENTO
30/07/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO * PROIB. SAIR AMOZ OCIO * TRANSFERENCIA

LOCAL
BOA VISTA-RR

DATA
15/08/2019

DETRAN - RR Nº 013975850212
BILHETE DE SEGURO DPVAT

RR Nº 013975850212
BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

944-
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
DATA EMISSÃO
15/08/2019

PLACA
NAP8665

CFF / CNPJ
944-205.801-00

VIA
01

RENAVAM
00538665955

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.
2013

ANO MOD.
2013

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRETO

COTÁ UNICA
COTA UNICA

VENO / COTAS
1*****

PARCELAMENTO / COTAS
2*****

FAIXA L.P.V.A
** PAGO COTA UNICA **

PREMIO TOTAL (R\$)
R\$0,32 R\$84,58

DATA DE PAGAMENTO
30/07/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO * PROIB. SAIR AMOZ OCIO * TRANSFERENCIA

LOCAL
BOA VISTA-RR

DATA
15/08/2019

DETRAN - RR Nº 013975850212
BILHETE DE SEGURO DPVAT

RR Nº 013975850212
BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

944-
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
DATA EMISSÃO
15/08/2019

PLACA
NAP8665

CFF / CNPJ
944-205.801-00

VIA
01

RENAVAM
00538665955

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.
2013

ANO MOD.
2013

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRETO

COTÁ UNICA
COTA UNICA

VENO / COTAS
1*****

PARCELAMENTO / COTAS
2*****

FAIXA L.P.V.A
** PAGO COTA UNICA **

PREMIO TOTAL (R\$)
R\$0,32 R\$84,58

DATA DE PAGAMENTO
30/07/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO * PROIB. SAIR AMOZ OCIO * TRANSFERENCIA

LOCAL
BOA VISTA-RR

DATA
15/08/2019

DETRAN - RR Nº 013975850212
BILHETE DE SEGURO DPVAT

RR Nº 013975850212
BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

944-
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
DATA EMISSÃO
15/08/2019

PLACA
NAP8665

CFF / CNPJ
944-205.801-00

VIA
01

RENAVAM
00538665955

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.
2013

ANO MOD.
2013

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRETO

COTÁ UNICA
COTA UNICA

VENO / COTAS
1*****

PARCELAMENTO / COTAS
2*****

FAIXA L.P.V.A
** PAGO COTA UNICA **

PREMIO TOTAL (R\$)
R\$0,32 R\$84,58

DATA DE PAGAMENTO
30/07/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO * PROIB. SAIR AMOZ OCIO * TRANSFERENCIA

LOCAL
BOA VISTA-RR

DATA
15/08/2019

DETRAN - RR Nº 013975850212
BILHETE DE SEGURO DPVAT

RR Nº 013975850212
BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

944-
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
DATA EMISSÃO
15/08/2019

PLACA
NAP8665

CFF / CNPJ
944-205.801-00

VIA
01

RENAVAM
00538665955

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.
2013

ANO MOD.
2013

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRETO

COTÁ UNICA
COTA UNICA

VENO / COTAS
1*****

PARCELAMENTO / COTAS
2*****

FAIXA L.P.V.A
** PAGO COTA UNICA **

PREMIO TOTAL (R\$)
R\$0,32 R\$84,58

DATA DE PAGAMENTO
30/07/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO * PROIB. SAIR AMOZ OCIO * TRANSFERENCIA

LOCAL
BOA VISTA-RR

DATA
15/08/2019

DETRAN - RR Nº 013975850212
BILHETE DE SEGURO DPVAT

RR Nº 013975850212
BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

944-
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
DATA EMISSÃO
15/08/2019

PLACA
NAP8665

CFF / CNPJ
944-205.801-00

VIA
01

RENAVAM
00538665955

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.
2013

ANO MOD.
2013

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRETO

COTÁ UNICA
COTA UNICA

VENO / COTAS
1*****

PARCELAMENTO / COTAS
2*****

FAIXA L.P.V.A
** PAGO COTA UNICA **

PREMIO TOTAL (R\$)
R\$0,32 R\$84,58

DATA DE PAGAMENTO
30/07/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO * PROIB. SAIR AMOZ OCIO * TRANSFERENCIA

LOCAL
BOA VISTA-RR

DATA
15/08/2019

DETRAN - RR Nº 013975850212
BILHETE DE SEGURO DPVAT

RR Nº 013975850212
BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

944-
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
DATA EMISSÃO
15/08/2019

PLACA
NAP8665

CFF / CNPJ
944-205.801-00

VIA
01

RENAVAM
00538665955

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.
2013

ANO MOD.
2013

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRETO

COTÁ UNICA
COTA UNICA

VENO / COTAS
1*****

PARCELAMENTO / COTAS
2*****

FAIXA L.P.V.A
** PAGO COTA UNICA **

PREMIO TOTAL (R\$)
R\$0,32 R\$84,58

DATA DE PAGAMENTO
30/07/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO * PROIB. SAIR AMOZ OCIO * TRANSFERENCIA

LOCAL
BOA VISTA-RR

DATA
15/08/2019

DETRAN - RR Nº 013975850212
BILHETE DE SEGURO DPVAT

RR Nº 013975850212
BILHETE DE SEGURO DPVAT

2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
PARA MAIS INFORMAÇÕES, LEIA NO VERSO

944-
www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

EXERCÍCIO
DATA EMISSÃO
15/08/2019

PLACA
NAP8665

CFF / CNPJ
944-205.801-00

VIA
01

RENAVAM
00538665955

MARCA / MODELO
HONDA/NXR150 BROS ES

ANO FAB.
2013

ANO MOD.
2013

CATEGORIA
PARTICU

COR PREDOMINANTE
PRETO

COTÁ UNICA
COTA UNICA

VENO / COTAS
1*****

PARCELAMENTO / COTAS
2*****

FAIXA L.P.V.A
** PAGO COTA UNICA **

PREMIO TOTAL (R\$)
R\$0,32 R\$84,58

DATA DE PAGAMENTO
30/07/2019

OBSERVAÇÕES
SEM RESERVA DE DOMINIO * BEN. TRIBUTARIO * PROIB.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 029517/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 09/09/2019 09:39 Data/Hora Fim: 09/09/2019 09:46
Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 03/08/2019 12:05

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA DOM JOSE NEPOTE

Bairro: Cidade Satélite

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUSA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Nacionalidade: O - Araqatins

Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais

Nome da Mãe: Albertina Alves de Sousa

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: AV. JARDIM

Bairro: CIDADE SATELITE

Nº: 403



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO HISTÓRICO

O comunicante compareceu a Esta Delegacia para informar que no dia e hora acima citados Conduzia UMA MOTOCICLETA HONDA/NXR150 BROS ES DE COR PRETA EACA NAP-8365 CHASSI 9C2KD0550DR356480 que está em nome do comunicante e seguia pela Rua Dom Jose Nepote QUANDO foi Colidido na traseira de sua Motocicleta por um veículo. Que devido ao acidente o comunicante sofreu lesão corporal e foi socorrido ao hospital pelo Resgate. Que não deseja representar criminalmente. Registro somente para fins do Seguro DPV/T. Fim o relato.

ASSINATURAS

Ernandes Ferreira
Agente de Polícia
Mat. 042000612

Ernandes Ferreira Lima

Agente de Polícia

Matrícula 42000612

Responsável pelo Atendimento

José Garcia Alves de Sousa

(Comunicante)

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



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
Impresso por: Ernandes Ferreira Lima
Data de Impressão: 09/09/2019 09:46
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 1

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

SINISTRO 3190635941 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA

CPF/CNPJ: 94420580100

Posição em 22-11-2019 11:56:25

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora

Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
25/11/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50



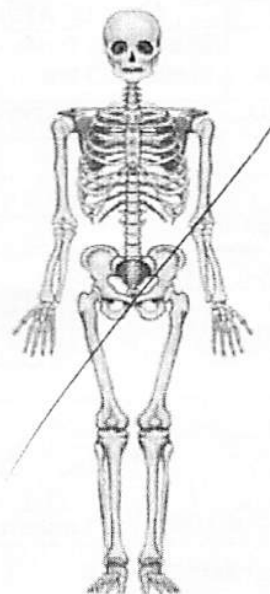
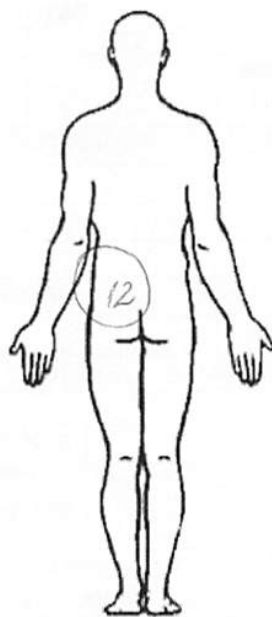
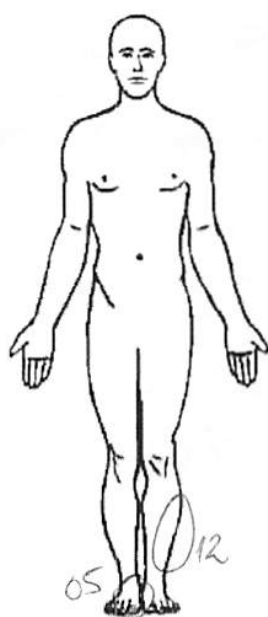
 ESTADO DE RORAIMA CORPO DE BOMBEIROS MILITAR COMANDO OPERACIONAL RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR		Nº DE AVISO:		3690-19		
		Nº DE VÍTIMAS:		01		
		OCORRÊNCIA:		T-04		
		DATA:		03-08-19		
OBM DE ATUAÇÃO		ÁREA DE ATUAÇÃO		VTR	KMI	KMF
☒ 1º BPABM ☐ 1º PEL ☐ 2º PEL ☐ 2º BPABM ☐ 1ª CIA ☐ 2ª CIA ☐ 3ª CIA		☒ Leste ☐ Oeste ☐ Centro ☐ Norte ☐ Sul ☐ Rural		UR-01-18	26.484	26.509
H/SAÍDA	H/NO LOCAL	SAÍDA DO LOCAL	NO DESTINO	H/NA OBM OU B-01		
12:23	12:39	12:44	12:55	13:27		
1. DADOS DA OCORRÊNCIA						
CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:						
ENDEREÇO:		Rua Dom José Nepore		Nº	514	
CIDADE:		Boa Vista		BAIRRO:	Cidade Satélite	
LOCAL DA OCORRÊNCIA:		☐ RESIDÊNCIA ☐ TRABALHO ☒ VIA PÚBLICA ☐ OUTRO:				
2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA						
NOME:		José Garcia Alves de Sousa		RG/CPF:	356322-7	
D.N.:	19-01-67	IDADE:	53	SEXO:	☒ Masculino ☐ Feminino	
ENDEREÇO:		Av. Jordão, Bloco 18 Cond. Açor		Nº	403	
CIDADE:		Boa Vista		BAIRRO:	Cidade Satélite	
NACIONALIDADE:		☒ Brasileiro ☐ Estrangeiro:		TEL.:	99112-1803	
É MEMBRO DE POVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL? ☐ Sim ☒ Não Se sim, qual:						
Deseja informar sua orientação sexual? ☐ Sim ☒ Não Se sim, qual? ☐ Heterossexual ☐ Bissexual ☐ Homossexual ☐ Outro:			Deseja informar identidade de gênero? ☐ Sim ☒ Não Se sim, qual? ☐ Homem transexual ☐ Mulher transexual ☐ Travesti ☐ Outro:			
3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO						
☐ Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso 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 Nº		SSP/		
Testemunha:		RG Nº:		SSP/		
Testemunha:		RG Nº:		SSP/		
4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)						
Abertura ocular	Resposta verbal	Resposta motora	Total			
☒ 4. Espontânea ☐ 3. Á voz ☐ 2. A 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. Á voz ☐ 2. A dor ☐ 1. Nenhuma	☐ 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha. ☐ 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 a dor (Decorticação). ☐ 2. Extensão anormal a dor (Descerebração). ☐ 1. Nenhuma	Pontos			
6. SINAIS VITAIS						
PA:	160/70	FR:	—	FC:	93	
SpO2:	—	Temperatura:	—			
7. AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA – SUBJETIVA						
ALERGIA: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):						
USO DE MEDICAMENTOS: ☐ SIM ☒ NÃO QUAL (is):						
APARENTEMENTE ALCOOLIZADO: ☒ SIM ☐ NÃO						



8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA

☐ Óbito evidente ☐ PCR ☐ Vítima encarcerada ☐ Vítima ejetada ☐ Capotamento

9. 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

10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Paciente motociclista, encontrava-se ao solo, sentado, já sem o capacete, o mesmo informou ter retirado, aos cuidados de populares e esposa. Queixava-se somente de dores na região do tornozelo direito, onde depois de uma avaliação não podemos detectar possível fratura, somente ferimento em tecido mole. Então o conduzimos até o PS para melhor avaliação. O mesmo informou ter ingerido bebida alcoólica pela manhã. A sua esposa veio como acompanhante na VTR.

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

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

Aos cuidados de: _____ RG: _____ Telefone: _____

12. UNIDADE DE SAÚDE

☒ P.S Francisco Elesbão ☐ Hosp. da Criança Santo Antonio ☐ Hosp. das Clínicas
☐ P.A Airton Rocha ☐ Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré ☐ Outros: _____
☐ Pronto Atendimento Cosme e Silva ☐ Hosp. Unimed _____

13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE

☒ Estável ☐ Instável ☐ Crítico

14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR

Chefe de equipe:	Socorrista(s):	Condutor da VTR	Resp. pelo preenchimento
ST Tavares	Sd Cardoso	Sd Vilanova	Sd Cardoso

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

Assinatura: _____
Documento de identidade: _____
Registro de conselho (CRM, COREN): _____



Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
CRM-RR 2084

24/01/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

03/08/2019

Guia de Atendimento 10

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PST L
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901143776	03/08/2019 12:56:19	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	10
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
JÓSE GARCIA ALVES DE SOUSA		19/01/1967	52 A 6 M 15 D	702009348349385	94420580100	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IGNORADO	356322-7	SSPRR	09/06/2015	M	UNIAO	PARDA
Mãe		Estado Civil		Naturalidade	Nacionalidade	
ALBERTINA ALVES DE SOUSA		SEBASTIAO GOMES SOUSA		BOA VISTA - RR	BRASILEIRA	
Endereço		Contato		Ocupação		
AVENIDA - JARDIM - 403 - CIDADE SATELITE - BOA VISTA - RR		(95) 99152-5957		AUTÔNOMO		
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
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.		Registrado por		
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA			WALDEMAR STOCKER		
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue				

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)

COUSÃO COMO MOTO - PACIENTE MOTORISTA
COM TRAUMA EM TORAX D.

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADI - Exames Complementares

☐ RAO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

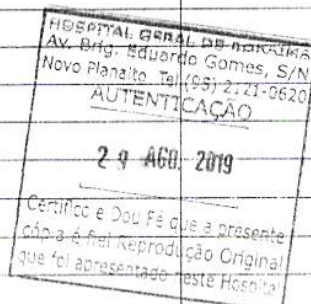
PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Dor no tórax 8/10 - 13:00
Tendão do joelho NTE
Gastrite 240 - 13:20
Chlamydia 600 - 13:00

Dr. Marcos Branner
Médico Residente
Clínica de Traumatologia
1901143776



Conduta

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

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

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML An ☐ Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
CRM RR 2084
Assinatura do Médico

 Impresso por: waldeMAR.stocker
 Data Hora: 03/08/2019 12:57:01


1901143776

ORTOPEDIA

Paciente com lesão
artrodiafisária da tíbia
em TnZ (D).

Leito em posição menor

pt de fr em TnZ (D)

adi ao Centro Cirúrgico

Dr. Marcus Brufner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/RR

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Especialista em
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

colocados no Dr. Augusto

⑥ curativos
⑦ Ag RPT

⑤ Sutura com fio 3.0

na escarificação.

④ Limpeza de ferida, tipo de soro, tipo de fio, com curativo

③ Colocação de curativo e curativo com curativo

② Anestesia e limpeza

RELATÓRIO CIRÚRGICO

INÍCIO:	FIM:	DURAÇÃO:
ANESTESISTAS:	ANESTÉSICO:	
3º AUXILIAR:	ANESTESIA:	
2º AUXILIAR:	INSTRUMENTADORA:	
CIRURGIÃO:	1º AUXILIAR:	

Dr. Roberto L. P. Dias
Médico Especialista em Traumatologia
CRM 1205-RR / QRE-114

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:	INDICAÇÕES E ACIDENTES:
TIPO DE INTERVENÇÃO:	

colocados no Dr. Augusto

BOLETIM OPERATÓRIO
Data: 31.01.19
OS:

Dr. Augusto

BOLETIM OPERATÓRIO



24/01/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

alt: 09/08/19

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 DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE *João Carlos Alves de Souza*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO *174379*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO *19/01/67*

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL *Albertina Alves de Souza*

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) *Av. Jardim, 63, Cidade Satélite*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA *Boa Vista*

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF *RR*

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS *paciente com quadro exposto de epilepsia*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO *A Refr*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) *RX + Exame físico*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO *ex exposto de epilepsia*

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO *Exame físico*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE)

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ EMPRESA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR

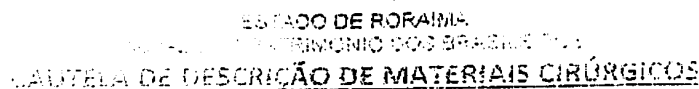
45 - Nº DO BILHETE

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO *3/8/19*

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR *0408030543*
5823
1299

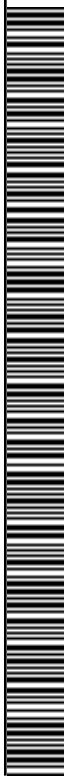
CAIXAS/EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO

Hospital Geral de Roraima (X)		Empresa ()	Dados Adicionais:	
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
1	Lote: 010455 Código: F08 8 208 SISTEMA DE FIXACAO OSSEA SARTORI - LINEFIX TIBIA/FEMUR T 300 - ESTERIL Fab.:10/01/2019 Val.:01/2024 Registro Anvisa Nº 80083650031 Material ACO INOX/ALUMINIO Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br	01	01	
2	Lote: 010715 Código: AF35 8 680 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X C X 4,5 X 200 X T Fab.:03/01/2019 Val.:01/2024 Registro Anvisa Nº 80083650026 Material ACO INOX F138 Luiz Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - Rio Claro /SP Tel: +55 19 3538-1910 info@sartori.ind.br	02	02	

INSTRUMENTADOR:

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964





CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: SOD Jose Garcia Alar de Sousa
Data de Nasc: 19/01/1967 Idade: 53 anos Setor/leito: SAEP - SISTEMAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

Data: 03/08/2019

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim (X) Não
Termo de Consentimento Anestesia: () Sim (X) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA			
Cirurgia Proposta: <u>Fixação externa da coluna D</u> Informações: Jejum () Sim (X) Não Prétese () Sim (X) Não Exames () Sim (X) Não Reserva UTI () Sim (X) Não Lateralidade () Sim (X) Não PNE () Sim (X) Não Alergia () Sim (X) Não Qual: _____ Reserva de Hemoderivado: () Sim (X) Não Outros: _____ Chegou ao Centro Cirúrgico: () Desatendendo (X) Consente () Com suporte de O2 () TOT () Agitado Sinais Vitais: T: _____ °C R: <u>104</u> rpm FC: <u>104</u> bpm PA: <u>159x103</u> mmHg SAT: <u>94</u> % () Regular () Irregular				Cirurgia Realizada: <u>Fixação externa da coluna D</u> Anestesia: <u>Raque</u> Posicionamento: <u>D. Dorsal</u> Hidratação Infundida: _____ Antibiótico/terapia: _____ Sf 0,9% SGO ml: <u>500</u> SG 5%: _____ Dose: _____ Outros: _____ Nº de Compressas oferecidas: <u>12</u> Nº de Compressas recolhidas: <u>12</u> Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros: _____ Análise Patológica: () Sim () Não Nº Peças: _____ () Cultura () Outros: _____				Anestesia: <u>Raque</u> Cirurgia: <u>Fixação externa da coluna D</u> Localização: <u>Coluna D</u> Horário: <u>07h</u> T: _____ FC: _____ PA: _____ SPO2: _____ ALDRE-TE: _____ DOF: _____ Observações: <u>2h</u>			
Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. Mangueira PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT (X) Não () Sim N° _____ 12. SVD (X) Não () Sim N° _____ 13. Outros: _____ Sinais Vitais: Saída da SO T: _____ °C R: _____ rpm FC: <u>112</u> bpm PA: <u>96x69</u> mmHg SAT: <u>97</u> % (X) Regular () Irregular Destino: (X) SRPA () UTI () outros: _____				Entrada Hora: <u>08:00</u> Medicação: <u>500ml</u> CH: _____ SNG/Volúme: _____ Dreno/Qual: _____ Hora: _____ SVD/Aspecto: _____ Dreno/Qual: _____ Outros: _____ Saída Hora: _____ Medicação: _____ CH: _____ SNG/Volúme: _____ Dreno/Qual: _____ Hora: _____ SVD/Aspecto: _____ Dreno/Qual: _____ Outros: _____							
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente) Paciente foi fixação externa da coluna D, após alta da SRPA, segue para UTI D. Inicialmente FC 108 PA 114/86, saturação 99. Segue sem intercorrências no momento. Almeida J.B. Oliveira Enfermeira COREN-RS 325.537 ENF											



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

52^{da}

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jose Garcia Alves de Souza		1901143776	03 108 19

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO
Fixação Externa de Pílo "D"	INICIO FIM TEMPO TOTAL
	14:50 15:48

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
Dr. Rogerio Dias	Dr. Fabiano

1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
Res. Pablo	

2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
Res. Pedro / Res. Augusto	

CIRCULANTE
Soares e Hilma

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
4	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
3	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			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		1	CERA P/ OSO cateter D2	
3	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Equip. macrogotas	
5	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Agulha P/ roque	
3	SERINGA 20ML		5	FITA CARDIACA Eletrodos	
			☒	OUTROS: Atadura de crepom	

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

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

JOSÉ GARGA AILUS DE SOUZA

031006/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°
- minidom 24 (10) - Rendotil 80 mg (10)		BUB-M
AGENTES	N 20 15 30 45 10 15 10 45 15 30 45 15 30 45 02	
LIQUIDOS VENOSOS	L/P/P/P/P/P 500 500 500 500	
DA	°C 240	
X	38 220	
ULSO	36 200	
•	34 180	
ANES	32 160	
X	30 140	
OP	120	
O	100	
TEMP	80	
ASPIR.	60	
A	40	
RESP	20	
O	Expon	
	Assist	
	Contro	
SÍMBOLOS	A B A B A B	
AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A	Propofol 0.5% 10 g	RAQUIDIANESTESIA hiper-
B		barica lombal L3-L4
C		VIA MEDIANHA C1 A6
D		OXIMET 2.5 g - Venozin
E		ESD 100mg
F		
G		
GLICOSE	LIQUIDOS	Cátula - Naso / Oro Faríngea em dl / min
NDCD		Naso / Orotracheal - Esq
SANGUE		Bat - Tamp - Calibre do Tubo
		Suñ Mascara
		Dificuldade Técnica
SF 0.1% 2000		TEMPO DE ANESTESIA
TOTAL	2000 ml	01:15h
OPERAÇÃO	Fixação cateter de tomografia (lombal) direito	
ANESTESIA	CÓDIGO	CHIRURGIA
Propofol 1 dose RL		Parab / Drogado
		PERDA SANGÜÍNEA
		comportar

Dr. Paulo S. de Souza
Anestesiologista

401-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE 52		LEITO 401-1		DATA 08/08/2019	
ITEM					HORÁRIO
1 DIETA LIVRE					SND
2 AVP					manter
3 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
4 TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N					SN
5 DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N					SN 9/00 22
6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					SN
7 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					SN
8 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					SN
9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					SN
10 CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6					12 18 21 06
11 CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12					08 30
12 SSVV + CCGG 6/6H					
13 CURATIVO DIÁRIO					
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	120/70	70	20	36	
17 18 H	131/56	84	19	35 92	
24 H	150/94	86	20	35 62	
06	100/100	77	21	362	
Dr. Fernando Rezende Médico Responsável Ortopedia e Traumatologia CRP 2007					

401-1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Bloco:	Data: 08/08/19	Enfermaria: 404	Leito: 4
Nome Completo:	José Antonio Alves de Souza		
Hipótese Diagnóstica:	M.I.D. e fratura extensa		
Isolamento ou Precaução:	Não		
Alergia:	Qual (is):		
Necessidade de Interprete:	Qual idioma:		
Possui acompanhante:	Obs: e/ moleto		
Deambulação:	Cadeira de rodas		
SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
☒ Consciente	☒ Orientado	☒ Normocárdico	☒ Bradicárdico
☐ Sedado	☐ Torpido	☒ Normotenso	☐ Hipotenso
☐ Agitado	☐ Reage a estímulos	☒ Pulso Chelo	☐ Filiforme
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
☒ Fotorreagente	☒ Mioticas	☒ VO	☐ SNG/SOG
☐ Isocóricas	☐ Anisocóricas	☒ Aceitação da dieta:	☐ SNE/SOE
REGULAÇÃO TÉRMICA		☒ Presente	☐ Ausente
☒ Afebril	☐ Hipotérmico	☒ Normal	☐ Diarreia
☐ Febril	☐ Hipertérmico	☐ Constipação	☐ Melenas
☐ Hiperpirexia	☐ Pirexia	☒ Flatos:	☐ Ausente
CARACTERÍSTICAS DA PELE		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
☒ Hidratada	☐ Desidratada	☒ Normotenso	☐ Distendido
☒ Normocorada	☐ Hipocorada	☐ Ascítico	☐ Maciço
☒ Anictérica	☐ Ictérica	☒ Ruidos hidroaéreos:	☐ Presente
☐ Cianótica	☐ Edema Local:	☒ Visceromegalias:	☐ Sim
☐ Úlcera por pressão:	☐ Sim	☐ Espontânea	☐ SVD
Região:		☐ Poliúria	☐ Anúria
Curativo realizado:	☐ Sim	☐ Cistostomia	☐ Colúria
SISTEMA RESPIRATÓRIO		☐ Irrigação contínua	☐ Uropen
☒ Eupneico	☐ Bradipneico	☐ Taquipneico	☐ Dispneico
☒ Oxigenoterapia	☐ Sim	☐ Qual:	☒ Ar ambiente
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico:	☒ Sim	Local: MSD	Data: 08/08/19
Cateter Central:	☐ Sim	Local:	Curativo realizado em:
Sinais de Infecção no sítio da punção:	☐ Sim	☐ SNG	☐ SNG
Sondas:	☐ Sim	☐ SOG	☐ SNE
Dreno de:	☐ Sim	☐ SOE	☐ GTT
Cateter Vesical:	☐ Sim	☐ Lavagem	☐ Sifonagem
Prótese:	☐ Sim	Aspecto da secreção:	Quantidade:
		Data da instalação:	Trocar em:
		Tipo:	Local:
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☐ Deglutição Prejudicada	☐ Padrão respiratório ineficaz	☐ Risco de Lesão por Pressão	
☐ Risco de infecção	☐ Ventilação espontânea prejudicada	☒ Risco de Quedas	
☐ Risco de nutrição desequilibrada	☒ Mobilidade física prejudicada	☐ Risco de Broncoaspiração	
☐ Risco de glicemia instável	☐ Risco de integridade da pele prejudicada	☐ Eliminação urinária prejudicada	
☐ Risco de desequilíbrio do volume	☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	☐ Risco de constipação	
☐ Volume de líquidos excessivo	☐ Padrão de sono prejudicado	☐ Comunicação deficiente	
☐ Volume de líquidos deficiente	☒ Déficit no autocuidado para Higiene		
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		
Não	Não		
Sim	Sim		
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Deambulação		
Não	Normal/Sem deambulação/Acamado		
Sim	Fraca		
3. Auxílio na Deambulação	Comprometida/Cambaleante		
Nenhum/Acamado/Auxiliado	6. Estado Mental		
Muleta/Bengala/Andador	Orientado/limitado/conhece as limitações		
Mobiliário Parede	Superestima capacidade/Esquece limitação		
TOTAL:	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45
Prescrição para prevenção de queda no verso			

Lucirene da Silva Campos
ENFERMEIRA
COREN-PR 254.349

Bloco D
Maca 02

~~405-1~~ 405-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN	
PACIENTE	João Carlos Alves de Souza		
AGNÓSTICO	Jr de João Carlos de Souza		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	3/8/19
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Manten
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		SN
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		18:24:06 12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		06:00
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM		Atenção
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h		18:24:06 19
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H		18:24:06 12
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H		SN
12			
13	Gentamicina 240mg EV 1x por dia		06
14			
15			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO, SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H		18:24:06 12
18	CURATIVO DIÁRIO		Dr. Augusto Medicina Ortopedia e Traumatologia Gentamicina 240mg
19			
20			
21			

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	124/81	106	36.5c

6H 132/84 95 36.5c

18:30 PA=137x93 P=112 T=36.5c

~~405-1~~ 405-1

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: João Gomes Alves de Souza
Responsável Cirúrgico: Rafael

Anestesista: Fabian

IDENTIFICAÇÃO (Sala de Anestesia)

CIRURGIÃO (Sala Operatória)

SALA (Sala Pós Operatória)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☒ Sim ☐ Não

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

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

EXCETO CUM CUM

☒ Aplica ☒ Não se Aplica

IDENTIFICADO

☒ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUI

☒ O MONITOR DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

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.

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica
☐ Sim, Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim
☒ Não se aplica

Gabriela Suena - 87341-11
Assinatura e Carimbo

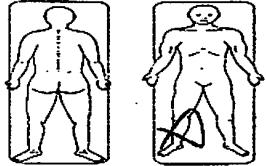
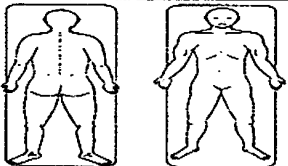
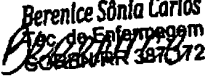
Dr. Alberto P. M. Henriques
Anestesiologista
CRM 1094

Assinatura

Hora: _____

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas –	Paciente: <u>JOSE GARCIA</u>			
	HGR	Leito: <u>404-J</u>	Data: <u>06/08/19</u>		

Localização		Região: <u>MIO</u> Grau: I () II <u>2</u>		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma : <u>Tração</u> ☒ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____		☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma : <u>Tração</u> ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____	
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros _____		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____	
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____	
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguineo ☐ Seco ☐ Outro: _____		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguineo ☐ Seco ☐ Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☒ Outro: <u>AGE</u>		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	 Bruna S. Pereira TCC de Enfermagem COREN-RR 818.356		 Berenice Sônia Carlos TCC de Enfermagem COREN-RR 327.172	
Observações:	_____ _____ _____		_____ _____ _____	



401-1

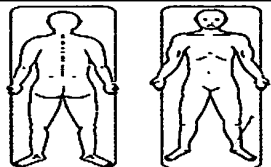
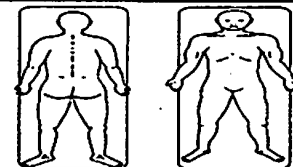
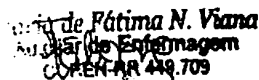
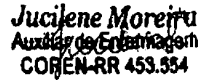
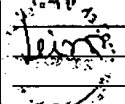
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	06/08/2019
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				manhã
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				2x
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N				SV
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14					
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA; MANTIDA					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	130/77	81	17	35.1	
18 H	133/80	75	-	36.4	
24 H	130/60	81	20	36.4	
					Dr. Jesus da Silva Aguiar CRM-RR 566

6H
Paciente e/ou queixas algas medicadas em, aferido
SSVV + colete
Elizabeth Gomes da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-RR 050.492 TE
Elizabeth

Det By 1 LOTE, AAA, ~~Revised alt~~
 1 AM + return in HCU
 51 Reno. Hays

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas –	Paciente: <u>José Garcia Alves</u>			
	HGR	Leito: <u>401-1</u>		Data: <u>08/08/19</u>	

Localização		Região: <u>M. I. D.</u> Grau: I () II (X)		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: <u>F.O</u>		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Purulento (X) Seroso () Sanguinolento (X) Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	 Pátima N. Viana Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709		 Jucilene Moreira Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.354	
Observações:	 _____ _____ _____		_____ _____ _____	



401-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		DIH		DN	
DATA DE ADMISSÃO					
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE 52		LEITO 401-1		DATA 04/08/2019	
ITEM					HORÁRIO
1 DIETA ORAL LIVRE					SMS
2 AVP					manhã
3 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
4 TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N					
5 DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N					
6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					SV
7 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					
8 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
10 CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6					12/8/24/08
11 CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12					22/08
12 SSVV + CCGG 6/6H					Botão
13 CURATIVO DIÁRIO					M
14 <i>foi clareado pro Clinica</i>					
15 <i>pro Contar</i>					
16 SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

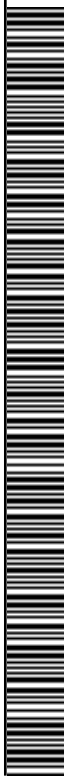
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUZA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	102/61	73	20	36,4°C
18 H	104/60	88	19	35,9°C
24 H	134/91	72	SP	36,9°C

00 104/65 93 36,2°C

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
ERM-RR 566



Bloco D

405-1
405-1
405-1

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE 52		LEITO 401-1		DATA 04/08/2019	
ITEM					HORÁRIO
1 DIETA ORAL LIVRE					S/N
2 AVP					S/N
3 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N
4 TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N					S/N
5 DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N					S/N
6 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N					S/N
7 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					S/N
8 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					S/N
9 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					S/N
10 CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6					S/N
11 CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12					S/N
12 SSVV + CCGG 6/6H					S/N
13 CURATIVO DIÁRIO					S/N
14					S/N
15					S/N
16					S/N
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	140x89	82	-
18 H	150x96	84	-
24 H	140/90	92	19 mpn

06h 140/80 89 19 mpn 36,1°C

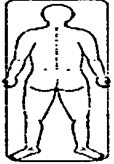
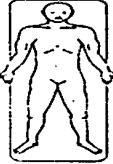
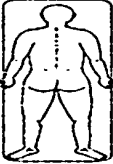
Dr. Fernando Rezende
Médico Assistente em Ortopedia e Traumatologia

401-1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Bloco: D	Data: 09/08/19	Enfermaria: 401	Leito: 01
Nome Completo: Jane Garcia Alves de Sousa		DN: / /	Sexo: ☐ F ☒ M
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: ☐ Sim ☒ Não ☐ Padrão ☐ Contato ☐ Gotícula - aerossol ☐ Gotícula - perdigotos			
Alergia: ☐ Sim ☒ Não Qual (is):			
Necessidade de Intérprete? ☐ Sim ☒ Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: ☒ Sim ☐ Não Obs:			
Deambulação: ☒ Normal ☐ Sem deambulação ☐ Acamado ☐ Cadeira de rodas ☐ Fraca ☐ Comprometida/cambaleante			
SISTEMA NEUROLÓGICO ☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sedado ☐ Torpido ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR ☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: 13x8 ☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: 13x8 ☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso:	
PUPILAS ☐ Fotorreagente ☐ Mióticas ☐ Midríaticas ☒ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL ☒ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT Aceitação da dieta: ☒ Sim ☐ Não ☐ Parcial Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia ☒ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena Flatos: ☐ Presente ☐ Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA ☒ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico ☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia ☐ Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL ☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido ☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico Ruídos Hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente Visceromegalias: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ Sim ☐ Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE ☒ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hiperacorada ☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Aclanótica ☐ Edema Local:		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria ☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen	
Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região:		SISTEMA RESPIRATÓRIO ☒ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☐ Ar ambiente ☐ Traqueostomia Oxigenoterapia: ☐ Sim ☐ Não Qual:	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: ☐ Sim ☐ Não Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Sinais de Infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☐ Não Sondas: ☐ Sim ☐ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade: Cateter Vesical: ☐ Sim ☐ Não Data da Instalação: Trocar em: Prótese: ☐ Sim ☐ Não Tipo: Local:		Local: Data: Trocar em: Local: Curativo realizado em: Trocar em:	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
☐ Deglutição Prejudicada ☐ Risco de infecção ☐ Risco de nutrição desequilibrada ☐ Risco de glicemia instável ☐ Risco de desequilíbrio do volume ☐ Volume de líquidos excessivo ☐ Volume de líquidos deficiente		☐ Padrão respiratório ineficaz ☐ Ventilação espontânea prejudicada ☐ Mobilidade física prejudicada ☐ Risco de integridade da pele prejudicada ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ☐ Padrão de sono prejudicado ☐ Deficit no autocuidado para Higiene	
☐ Risco de Lesão por Pressão ☐ Risco de Quedas ☐ Risco de Broncoaspiração ☐ Eliminação urinária prejudicada ☐ Risco de constipação ☐ Comunicação deficiente			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda Não 0 Sim 25		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sim 20	
2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15		5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20	
3. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobiliário Parede 30		6. Estado Mental Orientado/limitado/conhece as limitações 0 Superestima capacidade/Esquece limitação 15	
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24		Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45	
Prescrição para prevenção de queda no verso			

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018	
		Paciente: José Garcia Alves				
		Leito: 401.1		Data: 07/08/2019		

Localização	 	Região: MID Grau: I () II (X)	 	Região: MID Grau: I () II (X)
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: ___ Tração ☒ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:		☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros	
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro:		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☒ Outro:	
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:		☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:		☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 955		Vanessa da Silva Morais Técnica Enfermagem COREN-RR 955	
Observações:	_____ _____ _____		_____ _____ _____	



2401-1 de Nave

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima						HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HER Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA									
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN					
PACIENTE		JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA							
DIAGNÓSTICO		FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D							
ALERGIAS		HAS		DM2					
IDADE		52		LEITO		401-1			
DATA		07/08/2019							
ITEM						HORÁRIO			
1		DIETA LIVRE				SUS			
2		AVP				Mantida			
3		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							
4		TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N							
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N							
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N							
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN			
8		TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA							
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N							
10		CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				12:00 24:06			
11		CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				08:30			
12		SSVV + CCGG 6/6H				Mantida			
13		CURATIVO DIÁRIO				M			
14									
15									
16									
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
EVOLUÇÃO MÉDICA:									
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUZA; MANTIDA									
SINAIS VITAIS									
6 H	PA	FC	FR		Dr. Marcos Antonio Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1985				
12 H	140x83	84	17	35.5					
18 H	138x79	80	18	36.8					
24 H	133x77	90	-	35.9%					

OGL 130/80 92 39mpm 36.1°C



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

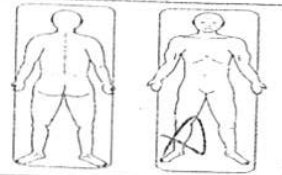
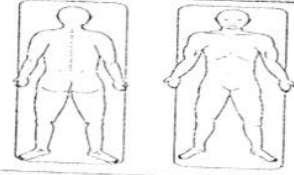
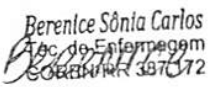
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

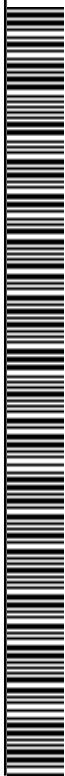
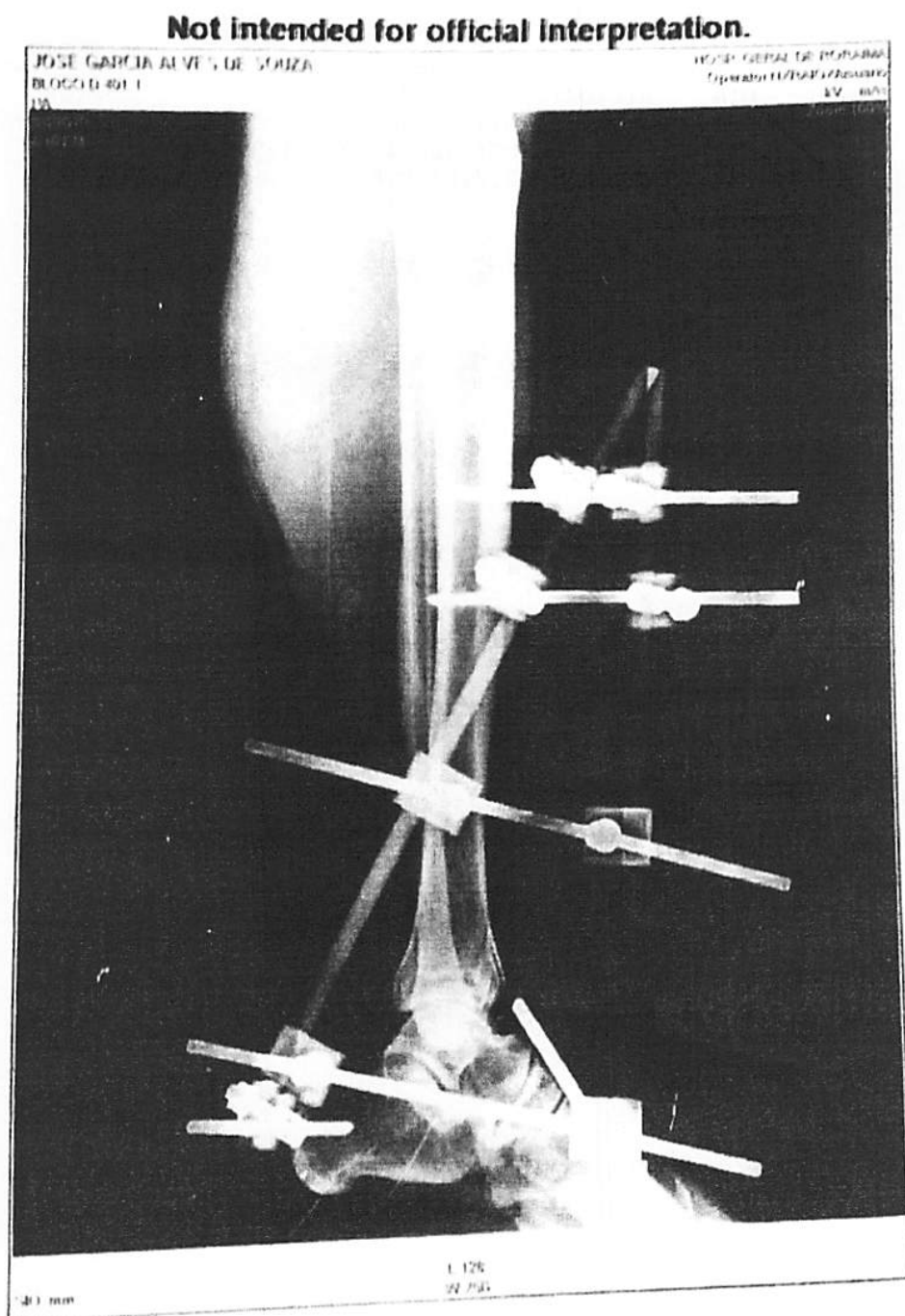
Paciente: JOSÉ GARCIA

Leito: 404-1

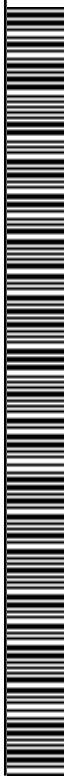
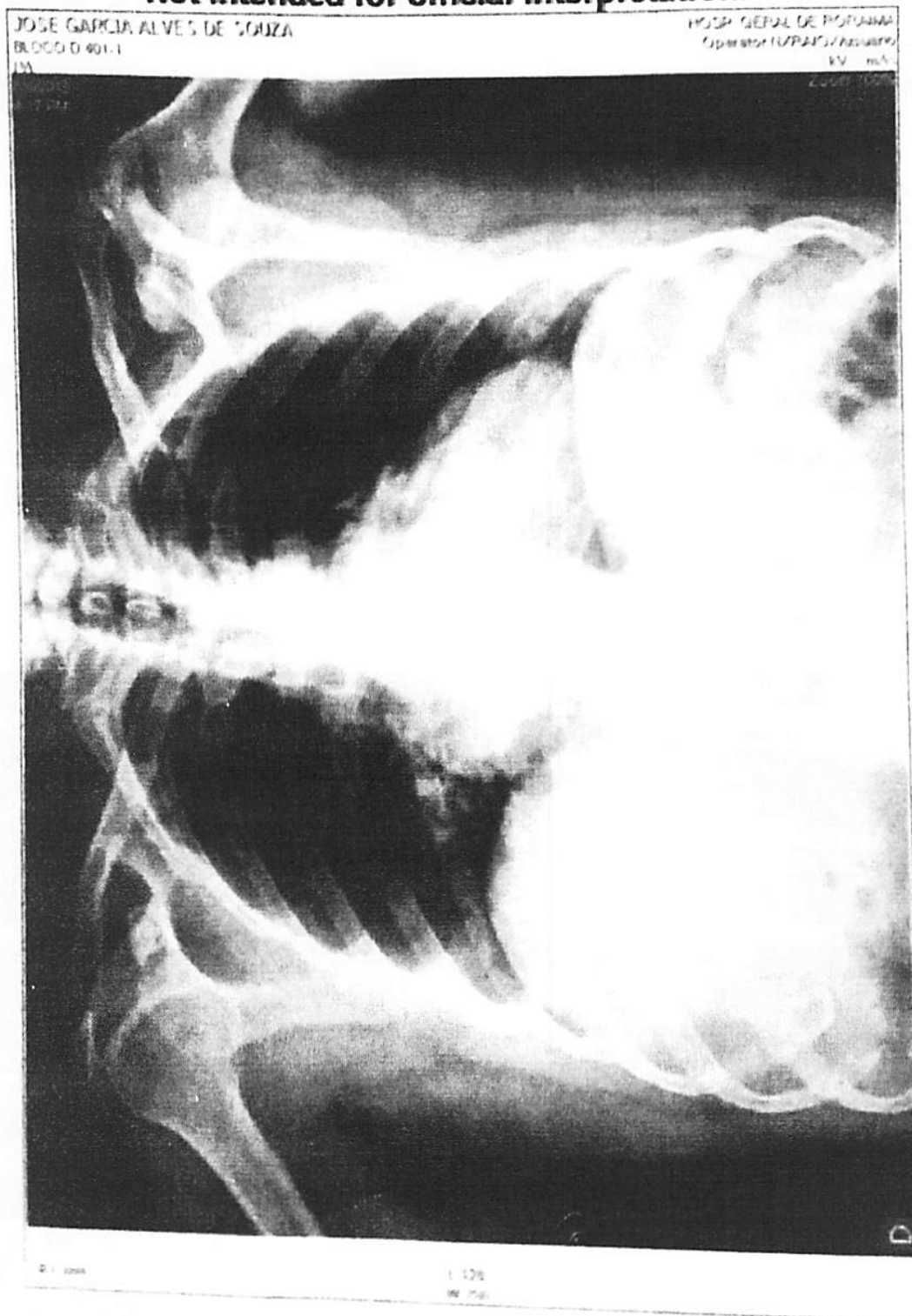
Data: 06/08/19

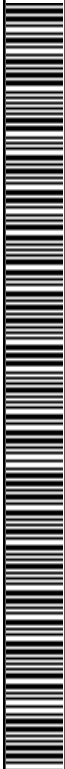
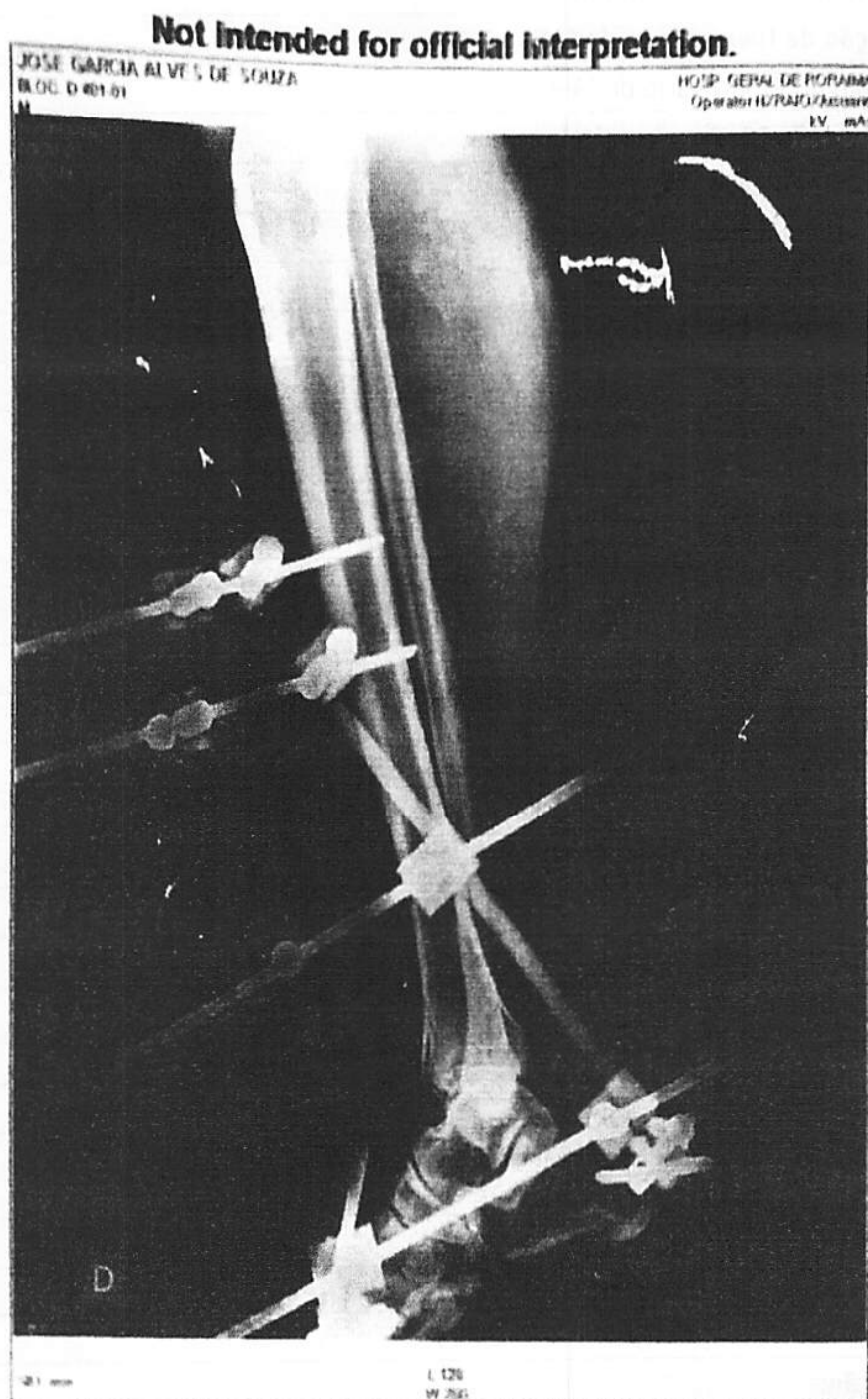
Localização	 Região: <u>MIO</u>	 Região: _____
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> ☒ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado ☒ Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel ☒ Outro: <u>AGE</u>	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Bruna S. Pereira Técnica de Enfermagem COREN-RR 818.356	 Berenice Sônia Carlos Téc. de Enfermagem COREN-RR 357.72
Observações:	_____ _____ _____	_____ _____ _____

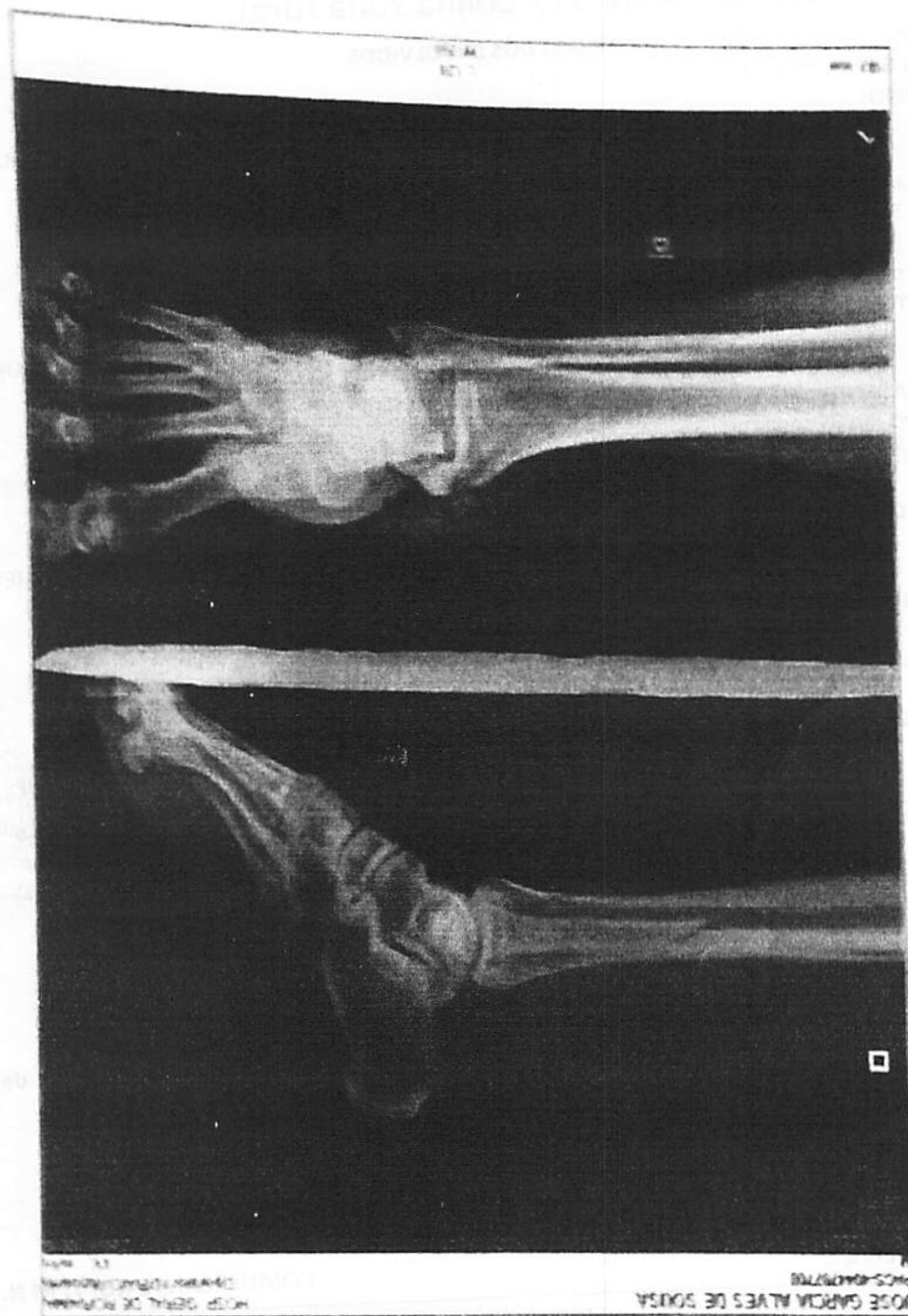




Not intended for official interpretation.



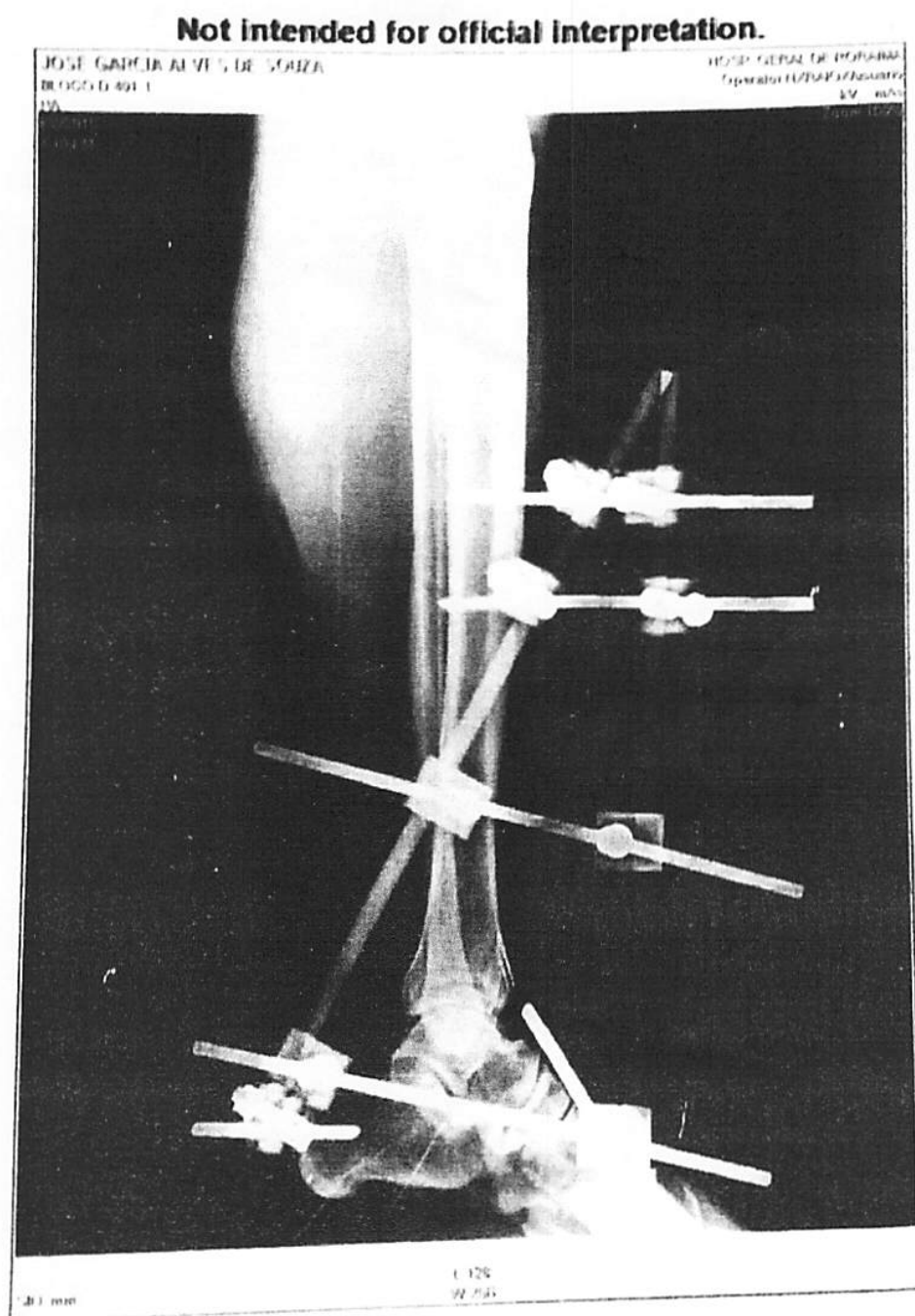


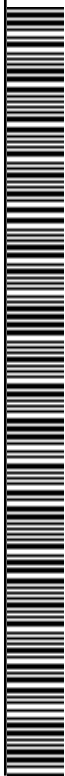
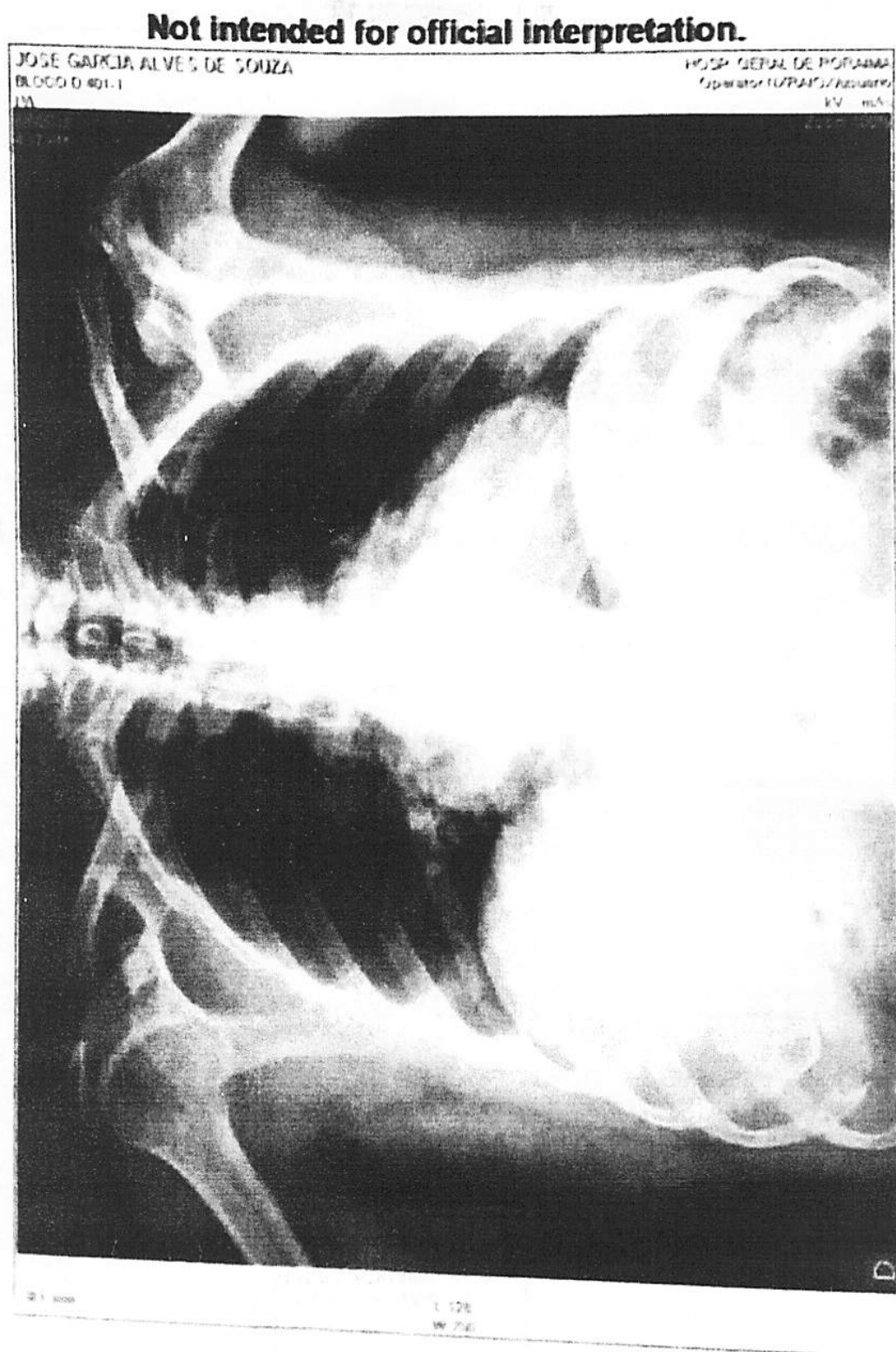


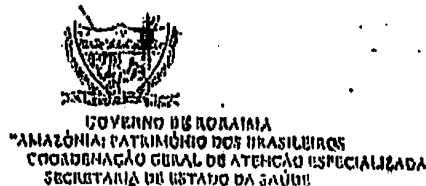
Not intended for official interpretation.

JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA
PSC-40472708
HOSP. GERAL DE RORAIMA
RORAIMA, 05/01/2020









NOME: Dr. G. L. Souza RECIBI: 11/11

Paciente sofreu fratura
exposta no tornozelo,
em 02/08/19, a
proximidade do calcâneo e após
em tratamento ortopedico
durante 90 dias, a
clatante

868119

Assinatura do Candidato

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA
Rua Coronel Pinto, 630 - Centro das Vistas
CEP 69.301-150 - CNPJ 84.613.403/0001-93

DR. FRANCISCO FERREIRA DE FARIAS JÚNIOR - CRM 365/RR

Av. Nossa Senhora da Consolata 597 - CEP 69.300-000 - Boa Vista/ RR
Fone: (95) 98111 7525 - E-mail: fariasrr2005@gmail.com

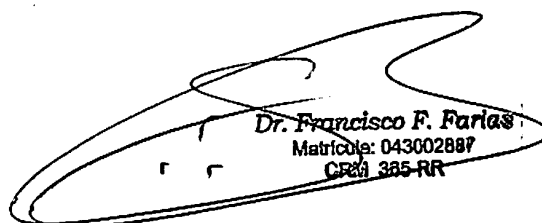
Lauda Médico

Sr. Jose Joice Alves de Souza, C.I 356322-7 SSP/RR

vítima de acidente de moto, com diagnóstico de fratura exposta de tornozelo direito, conforme ficha de atendimento 1901143776, de 03/06/19 do P.S. Fc- Elbas. Foi realizado tratamento com fixador externo e fisioterapia. Atualmente persistindo com edema de tornozelo, marcha claudicante a direita. Apresenta limitação para flexão, hiperextensão e rotação interna e externa de tornozelo direito. Apresenta dor a mobilidade ativa e passiva durante exame clínico.

Conclusão: Persistindo com sequelas funcionais permanentes de membro inferior direito.

Boc Viste, 08/11/2019


Dr. Francisco F. Farias
Matrícula: 043002887
CRM 365-RR