

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

CONTRATANTE: Thiisson Silva Rodrigues Broshe
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
RG nº. 3322327
CPF/MF nº. 015.027.402-57
TELEFONE: 38400-6770 E-MAIL: thiisson@gmail.com
ENDEREÇO: Rua Francisco Araújo Viana Nº 395
Cidade Nova - Bonfim

OUTORGADOS: Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório **THIAGO AMORIM ADVOCACIA** estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP - 69.317-103, fone: (095) 3625-0238 e 99169-0810.

PODERES: para o foro em geral, e os da cláusula "ad Judicia", mais os ressalvados no art. 38, do Código de Processo Civil, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação na via administrativa junto ao INSS, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 10 / JANEIRO de 2020.

Thiisson da Silva Rodrigues Broshe

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Jerisson da Silva Rodrigues Brasthe
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO ATENDENTE
RG nº. 3322327
CPF/MF nº. 015.027.402-57
ENDEREÇO: Rua: Francisco Manoel Umas N° 395
Cidade Nova - Bonfim

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15.e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 10 / 11 de 2020

X Jerisson da Silva Rodrigues Brasthe

TRABALHADOR		MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO							
Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Serão ser registrados todos os dados de Trabalho, elementos básicos para o exercício dos seus direitos perante o Trabalho, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios sociais, garantindo, ainda, sua habilitação ao desemprego e ao Fundo de Garantia do 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. Dele a importância, e 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		CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PIS/PASEP 126.60368.66-1 <table border="1"><tr><td>NÚMERO</td><td>SÉRIE</td><td>UF</td></tr><tr><td>6259872</td><td>0030</td><td>RR</td></tr></table> <i>Jeisson dos Santos Rodrigues Soares</i> ASSINATURA DO TITULAR 		NÚMERO	SÉRIE	UF	6259872	0030	RR
NÚMERO	SÉRIE	UF							
6259872	0030	RR							

22 NOV. 2019

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO		TRABALHADOR							
CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PIS/PASEP 126.60368.66-1 <table border="1"><tr><td>NÚMERO</td><td>SÉRIE</td><td>UF</td></tr><tr><td>6259872</td><td>0030</td><td>RR</td></tr></table> <i>Jeisson dos Santos Rodrigues Soares</i> ASSINATURA DO TITULAR 		NÚMERO	SÉRIE	UF	6259872	0030	RR	Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Serão ser registrados todos os dados de Trabalho, elementos básicos para o exercício dos seus direitos perante o Trabalho, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios sociais, garantindo, ainda, sua habilitação ao desemprego e ao Fundo de Garantia do 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. Dele a importância, e 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	
NÚMERO	SÉRIE	UF							
6259872	0030	RR							





Para contato com a Roraima Energia, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0526581-9

RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. 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 003855337

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\$)
OCTUBRO/2019	06/11/2019	516	363,32

ANA DA SILVA RODRIGUES

CPF: 00076462838272

R. FRANCISCO ARAUJO VERAS 395 QD 26 CIDADE NOVA

CEP: 69.390-000 - BONFIM

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 32973	Atual: 18/10/2019	Grupo/Subgrupo: B
Anterior: 32457	Anterior: 17/09/2019	Classe/Subclasse: RESID.BX.RENDA
Dias de consumo: 31	Próxima leitura: 18/11/2019	Ligação: MONO
Constante de Multiplicação: 1,000	Emissão: 17/10/2019	Número Medição: 900906650
Consumo medido: 516	Apresentação: 18/10/2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 516	R: 109.030.09.01.000000	Modalidade: CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA			
CONSUMO	30 A R\$	0,262144 =	7,86
	70 A R\$	0,449385 =	31,45
	120 A R\$	0,674084 =	80,89
	296 A R\$	0,748975 =	221,69
DESCONTO INDIGENA/QUILOMBOLA			13,97-
CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)			23,00
SUBVENCAO BAIXA RENDA	52,64		
CORRECAO MONETARIA DA 07/19-00			0,06
CORRECAO MONETARIA IG 07/19-00			1,63
MULTA POR ATRASO DE I 07/19-00			2,04-
JUROS DE MORA POR ATR 07/19-00			0,46
MULTA POR ATRASO 07/19-00			4,88
JUROS DE MORA DE INPO 07/19-00			3,33

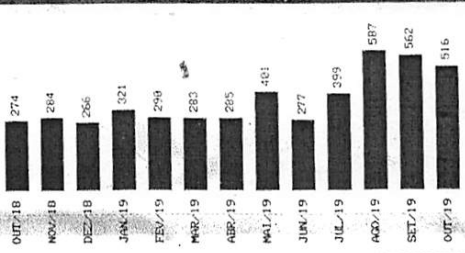
OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30 - 0,217500
31 A 100 - 0,372990
101 A 220 - 0,559490
221 A 516 - 0,621650

Média 12 meses: 352

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 02/11/2019, em função das contas reaviscadas nesta fatura. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Informamos ainda existir(em) conta(s) vencida(s) e já reaviscada(s) no valor de R\$ 411,24 (valor histórico). Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPÇÃO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

A497.E03B.046B.4672.F21B.5A05.CAB3.32F2

FCAM

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$				IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$		
Energia:	186,26	Encargos:	9,67	Base de Cálculo:	ICMS:	58,12
Distribuição:	87,84	Tributos:	58,12	341,89	PIS:	0,00
Transmissão:	0,00				COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
DIC			FIC			DMC	DICRI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Trimestral	Anual	Mensal	Mensal
Limite	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	
Realizado	0,00		0,00			0,00	
Conjunto:			Período de apuração:			08/2019	EUSD: 0,00

R: 109.030.09.01.000000
FCAM



DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0526581-9

TOTAL A PAGAR - R\$

363,32

MÊS FATURADO

10/2019

VENCIMENTO

06/11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003855337

8365000003 6 63320075000 6 00000000526 4 58191019008 0



BEG.: 00033 UC: 0526581-9 DT.LEIT.: 18/10/2019 T.ENTR.: 07
LEITURA: 32973 NORMAL TOTAL: 363,32 CARGA: 001
DT.VENC.: 06/11/2019 IRREG.: 000 COLETOR: 3051 Z0520 - RRE (NOVO)

22 NOV. 2019

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Serão ser registrados todos os dados de Trabalho, elementos básicos para o exercício dos seus direitos perante o Trabalho, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios sociais, garantindo, ainda, sua habilitação ao desemprego e ao Fundo de Garantia do 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.

Dele a importância, e 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.

**CONFECIONADA 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

PIS/PASEP 126.60368.66-1

NÚMERO 6259872 SÉRIE 0030 UF RR

Jeisson dos Santos Rodrigues Soares

ASSINATURA DO TITULAR



22 NOV. 2019

TRABALHADOR

Esta é a sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5.452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Serão ser registrados todos os dados de Trabalho, elementos básicos para o exercício dos seus direitos perante o Trabalho, bem como para a obtenção de aposentadoria e demais benefícios sociais, garantindo, ainda, sua habilitação ao desemprego e ao Fundo de Garantia do 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.

Dele a importância, e 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.

**CONFECIONADA 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

PIS/PASEP 126.60368.66-1

NÚMERO 6259872 SÉRIE 0030 UF RR

Jeisson dos Santos Rodrigues Soares

ASSINATURA DO TITULAR



CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: 12.011.976/0002-20
CGC/CPF/CEI: Ferreira e Gomes Com. Ltda - ME
ENDEREÇO: Av. Ville Roy, 5760 - Centro
MUNICÍPIO: CEP: 69.301-000 UF:
ESP. DO ESTABELECIMENTO: Vendedor VISTA/RR
CARGO: CBO Nº: 525-10

DATA DE ADMISSÃO: 10 DE Janeiro DE 2012
REGISTRO Nº: FLS. / FICHA
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: R\$ 642,00 (Seiscentos e quarenta e dois reais)
Ass. do Empregador ou a Rôgo o Testemunha: Henrique Ferreira Coscarelli
Sócio-Administrador

DATA DE SAÍDA: 11 DE Setembro DE 2012
Ass. do Empregador ou a Rôgo o Testemunha: Henrique Ferreira Coscarelli
Sócio-Administrador

COM. DISPENSA CD Nº:
FGTS Nº DA CONTA:

08

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR: _____
CGC/CPF/CEI: _____
ENDEREÇO: _____
MUNICÍPIO: _____ UF: _____
ESP. DO ESTABELECIMENTO: _____
CARGO: _____ CBO Nº: _____

DATA DE ADMISSÃO: _____ DE _____ DE _____
REGISTRO Nº: _____ FLS. / FICHA: _____
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA: _____
Ass. do Empregador ou a Rôgo o Testemunha: _____

DATA DE SAÍDA: _____ DE _____ DE _____
Ass. do Empregador ou a Rôgo o Testemunha: _____

COM. DISPENSA CD Nº: _____
FGTS Nº DA CONTA: _____

09

22 NOV. 2019

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

FILIAÇÃO: ALPHONSO THOMAZ BRASHE FILHO
ANA DA SILVA RODRIGUES
ASCIMENTO: 25/08/1991
SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BONFIM - RR
OCUPAÇÃO: R.G. 332327 SESP RR 04/03/2009
EI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1986
CPF: 015.027.402-57
TIT. ELEITOR: 04242112640
ZONA: 001
SEÇÃO: 086
CAL/DATE DE EMISSÃO: SRTE/RR - 22/03/2011

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE
DOCUMENTO

PARA

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

MOTIVO

06		07	
CONTRATO DE TRABALHO		CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR:	Aurelio da Silva	Empregador:	IRIS ROCHA FREITAS FILHO
CEI:	06.113.967/0001-66	CEI:	51205089865
ENDERECO:	20055-000	ENDERECO:	DOS BANDEIRANTES
MUNICIPIO:	LIBERDADE	MUNICIPIO:	LIBERDADE
UF:	RR	UF:	RR
ESP. DO ESTABELECIMENTO:	criação de bovinos para corte	ESP. DO ESTABELECIMENTO:	criação de bovinos para corte
CARGO:	VAQUEIRO	CARGO:	VAQUEIRO
CBO:	623110	CBO:	623110
DATA DE ADMISSÃO:	01/08/2011	DATA DE ADMISSÃO:	01/08/2011
REGISTRO Nº:	1	REGISTRO Nº:	1
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA:	R\$ 545,00 (quinhentos e quarenta e cinco reais) por mês	REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA:	R\$ 545,00 (quinhentos e quarenta e cinco reais) por mês
ASSINATURA DO EMPREGADOR:	Aurelio da Silva	ASSINATURA DO EMPREGADOR:	IRIS ROCHA FREITAS FILHO
DATA DE SIDA:	01 de Maio de 2011	DATA DE SIDA:	01 de Maio de 2011
COM. DEFENSA CD Nº:		COM. DEFENSA CD Nº:	
FOTIS Nº DA CONTRA:		FOTIS Nº DA CONTRA:	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPRESA	10.933.025/0001-00
CGC/CPF	G. Guerreiro Bezerra Ltda.
ENDEREÇO	Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 998
MUNICÍPIO	Nossa Senhora Aparecida - CEP: 69.306-295
ESP. DO ESTABELECIMENTO	BOA VISTA/RR
CARGO	chefe
CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO	01 DE Fevereiro DE 2016
REGISTRO Nº	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 900,00 (novecentos reais)
1ª	Geovane Guerreiro Bezerra
DATA DE SAÍDA	20 DE Agosto DE 2017
1ª	Margarete da Silva Leão
CPF: 323.189.872-20	Setor Pessoal
CONL. DISPENSA CD Nº	7747408941
FGTS Nº DA CONTA	

08

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPRESA	10.933.025/0001-00
CGC/CPF	G. Guerreiro Bezerra Ltda.
ENDEREÇO	Av. Presidente Juscelino Kubitschek, 998
MUNICÍPIO	Nossa Senhora Aparecida - CEP: 69.306-295
ESP. DO ESTABELECIMENTO	BOA VISTA/RR
CARGO	chefe
CBO Nº	
DATA DE ADMISSÃO	01 DE março DE 2017
REGISTRO Nº	
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA	R\$ 974,00 (novecentos e setenta e Quatro reais)
1ª	Geovane Guerreiro Bezerra
DATA DE SAÍDA	28 DE Dezembro DE 2018
1ª	Geovane Guerreiro Bezerra
CPF: 323.189.872-20	Empresário
CONL. DISPENSA CD Nº	7760601054
FGTS Nº DA CONTA	

09



PREFEITURA MUNICIPAL DO BONFIM
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA
SAMU192/BONFIM



FICHA DE ATENDIMENTO ☐ Clínico ☐ Obstétrico ☒ Trauma

Unidade: SAMU

Equipe: Téc. Beverly / Cond. Juan

Paciente: Jerisson da Silva Rodrigues Brashe Idade: 26a Sexo: ☐ F ☒ M

Nacionalidade: Brasileiro Raça: ☐ Branca ☐ Negra ☒ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia Macuxi

Endereço: UPAR - Rua: Turchane Farias - 12 de Julho.

Ponto de referência:

Nº da Ocorrência: 14188 DATA 20/08/19 HORA SAÍDA (Acionamento): 22:34 Hr.

Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: Francisco Anderson. HORA CHEGADA (J/10): 23:45 Hr.

MOTIVO: ☐ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☒ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO: ☐ OUTRO:

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL
☐ Capotamento
☐ Atropelamento
☐ Colisão X
☐ Motorista
☐ Passageiro Banco dianteiro
☐ Passageiro Banco traseiro

MOTO/BICICLETA
☐ Uso do cinto
☐ Vítima projetada
☐ Vítima encarcerada
☐ Air Bag
☒ Acidente com moto X
☒ Condutor ☐ Carona ☒ Com capacete
☐ Sem capacete
☐ Bicicleta passageiro ☐ Condutor

VIOLÊNCIA
☐ Agressão Física
☐ FAB
☐ FAF
☐ Espancimento
☐ Violência Doméstica
☐ Violência Sexual
☐ Tentativa de suicídio
☐ Outro:

OUTROS
☐ Acidente de Trabalho ☐ Local ☐ Trajet
☐ Queda, Altura aprox.:
☐ Acidente Doméstico
☐ Queimadura Agente
☐ Agressão p/ animal
☐ Outros:

AValiação INICIAL

Vias Aéreas
☐ Dispneia
☐ Bradpneia
☐ Taquipneia
☐ Resp. Ruidosa
☐ Obstrução
☐ Apneia
☒ Outro: Dispneia

Ventilação
☐ M.V. Diminuído
☐ M.V. Ausente
☐ Hipertimpanismo
☐ Maciez
☐ Ferida Aspirativa
☐ Abolida

Circulação
☐ Bradicardia
☐ Taquicardia
☐ Arritmico
☐ Enchimento capilar > 2 segundos
☐ Ausente
☒ Ausente

Aviação Neurológica
☒ MAVDN A
☐ DNV
☐ Miose
☐ Midríase
☐ Anisocoria
☐ Otorragia
☐ Rinorragia
☐ Otorrêia
☐ Aparentemente alcoolizado

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. °C.	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	Trauma	APGAR
Início	92/45	120x80	78	98	36.8°C	Ø	-	-	-
Fim									

AValiação SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☒ Corada ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traqueia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tábua
Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Deformidade ☒ Dor leve ☐ Moderada ☐ Intensa	Hematomas ☐ Hematoma ☐ Moderada ☐ Intensa	Membros ☐ Contusão ☐ Laceração ☒ Escoriação ☐ Luxações	Fratura? ☒ Fratura ☐ Esmagamento	Amputação ☐ Amputação ☐ Avulsão

AValiação CARDÍACA

AValiação CARDÍACA	AFECÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia	☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Sequela de AVC ☐ Medicação em uso

GRAVIDADE COMPROVADA ☐ ILESO ☐ SEVERA ☒ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ OBITO ☐ INDETERMINADA ☐ OUTRO

INCIDENTE ☐ Ca ☐ Re ☐ Na ☐ Re ☐ Tro ☐ Bo

Office Único de Bonfim-RR
Rua Antônio Teixeira Linhares, nº 343
Bairro 13 de Maio, Bonfim-RR
Fone: (92) 3552-1395

MULTIPLoS MEIOS ACIONADOS

Outros:

Certifico e dou fé que a presente é fotocópia fiel do documento original que me foi apresentado. Em testemunho da verdade. Bonfim, 23/10/2019.
SELO TJRR: RECIR158238LUZHL8211KMAW12, Data/Hora: 23/10/2019
11 53 33, Total R\$ 4.40, Emolumentos R\$ 2.45, FCOM R\$ 0.10, FISCALIZAÇÃO
R\$ 0.10, FUNDEJRR R\$ 0.25, ISS R\$ 0.00, Selo R\$ 1.50, Consulte
em <https://cidadeportalserior.com.br>

Malca Rashena Fernanda Griffith
Escrevente

22 NOV. 2019

RCP	☐ Iniciada as: _____ ☐ RCP com sucesso ☐ RCP não realizado ☐ Obs.: _____	☐ Término as: _____ ☐ RCP sem sucesso
	DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA	
DESTINO	☐ Atendido no local ☐ Hospital Pedro Álvares Rodrigues - HPAR ☐ Pronto Atendimento ☒ Trauma HGR	☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hospital da Criança Santo Antonio - HCSA ☐ Maternidade ☐ Coronel Mota - HCM

Thiago Amorim dos Santos
Médico
CRM-RR 1883
Assinatura e Carimbo Médico (Local de Destino)



Cartório de Bonfim

Ofício Único de Bonfim-RR
Rua Antônio Teixeira Linhares, nº 343
Bairro 13 de Maio, Bonfim-RR
Fone: (92) 3552-1399

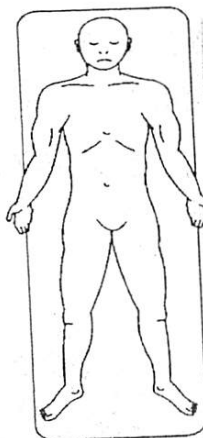
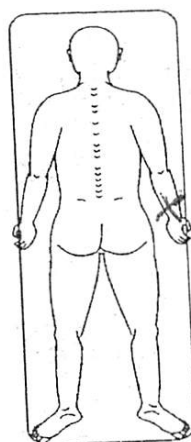
Certifico e dou fé que a presente é fotocópia fiel do documento original que me foi apresentado. Em testemunho, 1.00 da verdade. Bonfim, 23/10/2019.
SELO TJRR: RECIR168238WQVPEIDOM88D241. Data/Hora: 23/10/2019 11:53:33 Total R\$ 4,40. Emolumentos: R\$ 2,45. RECOM: R\$ 0,10. FISCALIZAÇÃO: R\$ 0,10. FUNDEJURR: R\$ 0,25. ISS: R\$ 0,00. Selo: R\$ 1,50. Consulte em <https://cidadeportalcelorrr.com.br>

Malca Rashena Fernanda Griffith
Escrevente

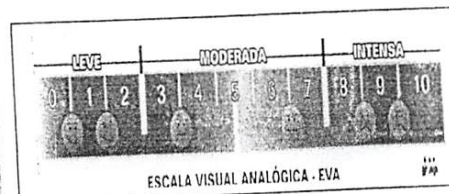
PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico
	Assinatura do Paciente:

GESTANTE	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____
Perda de líquido: _____	BCF: _____
☐ Com cartão ☒ Sem cartão	

MATERIAL E MEDICAÇÃO



Variáveis	Escore
Abertura ocular	4
Esponúnea	3
A voz	2
A dor	1
Nenhuma	
Resposta verbal	5
Orientada	4
Confusa	3
Palavras inapropriadas	2
Palavras incompreensíveis	1
Nenhuma	
Resposta motora	6
Obedece comandos	5
Localiza dor	4
Movimento de retirada	3
Flexão anormal	2
Extensão anormal	1
Nenhuma	
Total máximo	15
Total mínimo	3



22 NOV. 2019

EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Pac. Jemisson da Silva Rodrigues Brioske, 26 anos vítima de acidente de moto com capacete, com suspeita de fratura no mmr (D), na região radio-ulna, com lesões escoriações na mão (E), deixando de dar na região do Trauma, SSVV preservada, com alteração na PA: 140/90 mm Hg. Adm: 1 sup. de Eucapax Simple + 1 tenoxicam 40 mg. Ev. Pac. com SSVV preservada, encaminhado ao grande Trauma HGR, entregue aos cuidados do Dr. Thiago Mendonça.

Assinatura do carimbo do profissional

A
Lato 23.08.19
BLUCA

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: UFES

2 - CNEB: UFES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: UFES

4 - CNEB: UFES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 474580

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 819181010312121217113181919

8 - DATA DE NASCIMENTO: 25/08/91

9 - SEXO: M

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: Ana da Silva Rodrigues

11 - TELEFONE DE CONTATO: 915 918419273126

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO):

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BV

14 - COD. UGE MUNICIPAL: R/R

15 - UF: R/R

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Sobrecarga, aumento da
o devida da atividade.

22 NOV. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Clínica

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Em atividade

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: LUXO FRACTURA GALEAZ USN

21 - CID 10: S15.915.31622.15

PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: OSTEOTOMIA ARTICULAR DA

23 - CLÍNICA: CLÍNICA

24 - DATA DA INTERNAÇÃO: 21/08/19

25 - COORDENADOR: Dr. João da Silva

26 - NOME DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

27 - DATA DO LAUDO: 21/08/19

28 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

29 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

30 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

31 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

32 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

33 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

34 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

35 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

36 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

37 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

38 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

39 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

40 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

41 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

42 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

43 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

44 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

45 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

46 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

47 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

48 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

49 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

50 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

51 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

52 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

53 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

54 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

55 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

56 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

57 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

58 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

59 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

60 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

61 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

62 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

63 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

64 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

65 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

66 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

67 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

68 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

69 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

70 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

71 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

72 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

73 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

74 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

75 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

76 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

77 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

78 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

79 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

80 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

81 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

82 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

83 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

84 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

85 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

86 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

87 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

88 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

89 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

90 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

91 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

92 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

93 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

94 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

95 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

96 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

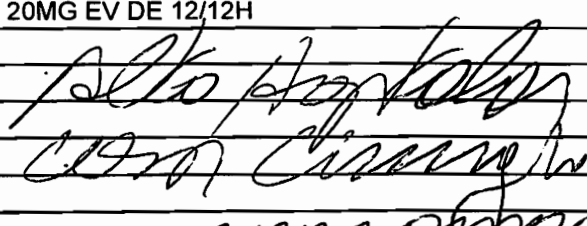
97 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

98 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

99 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

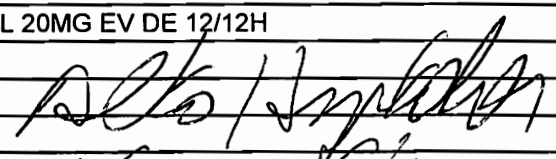
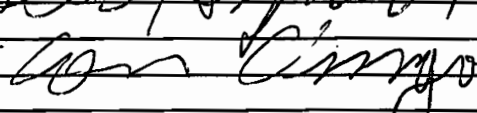
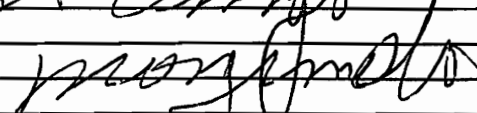
100 - ASSINATURA DO RESPONSÁVEL: TERESIA DA SILVA RODRIGUES BRAGA

03/08/2019
5523 7068
V295

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	21/8/19	DN	25/08/1991
PACIENTE JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE					
AGNÓSTICO FX DE GALEAZZI D					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	25	LEITO	112-1	DATA	23/08/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN				
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA				SUSPENSO
17	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H				SUSPENSO
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				SUSPENSO
19	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				
20					
					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE					
# EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFERICOS PRESERVADOS, EM USO DE TALA EM MSD.					
# SOLICITADO :					
# CONDUTA : MANTIDA					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :					
# PREVISÃO DE ALTA :					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					

22 NOV. 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO			DIH	21/8/19	DN	25/08/1991
PACIENTE JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE						
AGNÓSTICO FX DE GALEAZZI D						
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2		
IDADE	25	LEITO	112-1	DATA	23/08/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN					
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11	SSVV + CCGG 6/6 H					
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN					
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA					
15	CURATIVO DIÁRIO					
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA					SUSPENSO
17	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H					SUSPENSO
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H					SUSPENSO
19	TILATIL 20MG EV DE 12/12H					
20						
  						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE						
# EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, COM PULSOS PERIFERICOS PRESERVADOS, EM USO DE TALA EM MSD.						
# SOLICITADO :						
# CONDUTA : MANTIDA						
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :						
# PREVISÃO DE ALTA :						
SINAIS VITAIS						
6 H	PA	FC	FR			
12 H						
18 H						
24 H						

22 NOV. 2019





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Thiago Amorim dos Santos ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/8/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de bacia

NO DIA 1/9/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SEDO

OPERADO PELO DR. Thiago Amorim dos Santos E DR. Thiago Amorim dos Santos

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 1/9/19, ÀS 14h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/9/19, ÀS 14h, COM O
DR. Thiago Amorim dos Santos

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

BOA VISTA, 1/9/19

22 NOV. 2019

MÉDICO

08/09/2019

D

altos: Laudo Para Solicitação De A. I. H.

MACA 08

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 SOLICITANTE				231965-9	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR				231965-9	
BLOCO D					
Identificação do Paciente				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE				00174580	
JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
708904750776515		25/08/1991		1 - Masculino	
11 - NOME DA MÃE		10 - RAÇA / COR		0.1 - ETNIA	
ANA DA SILVA RODRIGUES		PARDA			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO			
JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE		(95) 91840-0670			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - TELEFONE DE CONTATO			
RUA: OIAKA - 46 - TREZE DE SETEMBRO		(95) 91840-0670			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
BOA VISTA		140010		RR	
				19 - CEP	
				69.306-160	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Justificativa da Internação					
Paciente com fratura - luxação de					
falange (1)					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Internação					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Histórico + Exame físico + Radiológico					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
Fratura - Luxação de falange (1)					
24 - CID 10 PRINCIPAL					
25 - CID 10 SECUNÁRIO					
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - OS CRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
29 - CLÍNICA		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		31 - DOCUMENTO	
CIRURGIA GERAL		ELETIVO		c. N. S.	
				980016282732587	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		34 - DATA DA SOLICITAÇÃO		35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)	
DALSON DENIS DA SILVA FEITOSA		08/09/2019		Dr. Odinachi Orenin Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 185715	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO					
37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
39 - CNPJ DA SEGURADORA					
40 - Nº. DO BILHETE					
41 - SÉRIE					
42 - CNPJ DA EMPRESA					
43 - CNAE DA EMPRESA					
44 - CBOR					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ PARCELENTADO ☐ NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. DE ASSINATURA		52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - DOCUMENTO		49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
☐ CNS ☐ CPF					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)			
11		0308010019 + 1022			

AS 16:45h.

22 NOV. 2019

CP

*cirurgia supraciliar pelo método com
paciente na SO por falta de material de sutura
(parafusos nº 16 e 18).*

DN 25.08.91

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: Silva da Silva Rodrigues Brando Enf: _____ Leito: _____ Serv: _____
Sexo: mas Cor: pd Idade: 28 Peso: _____ Alt: _____ Classe: _____ Data: _____ Hora: _____
Diagn Pre-OP: Fratura do rádio (D) Patol Assoc: nenhuma
Cir. Proposta: Osteossíntese do rádio (D)
Anest. Ant: sem cirurgia prévia
Alergia: disenteria
Alcool: 0 Fumo: 0
DROGAS: (Corticoide, fenotiazínico, hipotensor, narcotráfico, hipotico, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfá, casopressor, IMAO, outros) ri fiz uso de nenhuma medicação
Estado Mental: LOTE Boca: Hollampati 1
Pescoço: boa mobilidade Veias: MS J18
RX: _____
Fosos: _____
Hepatograma: TPG 32.33 TGP 53.88
Outros: _____
Parâcer Clínico: _____
PA: _____ Pulso: _____ Temperatura: _____

Sangue Tipo: 6 Leuc: 9.15 x 10⁹ Hb: 13.70
Hm: 4.39 x 10¹² Lc: _____ Is: _____ p. Laço: _____
r. Coag: _____ Pq: 251.000 Uréia: 48.69
creat: 2.42 Glic: 90.20 Na: _____ mEq/l
mEq/1k _____ mEq/1pH _____ pO2 _____
pCO2 _____ BA _____ BB _____ BS _____ BE _____
URINA: pH _____ glic: _____ Alb: _____
Sedim: _____
Ap. gen. Ur: _____
AP Resp: Pulmões limpos. Sem ruídos adventícios
AP. Circ: RCR 2T BNF
AP. Dig: NDH
S. Osteo - Art: motu. suaves
S. Nerv: NDH
S. Endoc: NDH

Medicação Pré - Anl.	DOSE	VIA	HORA

Est. Fis (ASA) _____ AN Proposta _____
NB _____

*Dr. Marisa Pinto
Anestesiologista
CRM/RR - 308*

Assinatura

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

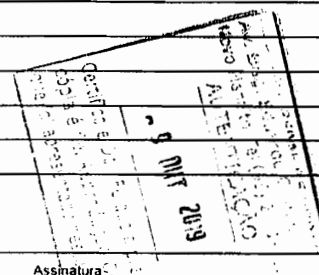
NA ENFERMARIA

Data: _____ Hora: _____
ing 21.08 TAP 12
RW 0.25
TPA 31.90

Assinatura _____

Data: _____ Hora: _____

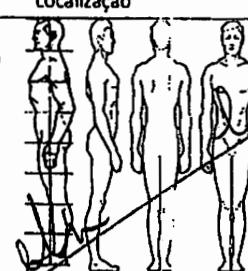
Assinatura _____



22 NOV. 2019

Nome: Jeremias da Silva Rodrigues Branco
 Data de Nasc: 25/08/1991 Idade: _____ Setor/Leito: _____
 Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

Data: 09/09/19

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO					SRPA									
Cirurgia Proposta: <u>Fratura de Galeazzi</u> 1. Informações: Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: _____ Reserva de Hemoderivado: () Sim () Não Outros: _____ 2. Chegou ao Centro Cirúrgico: () Deambulando () Consciente () Com Suporte de O2 () TOT () Agitado 3. Sinais Vitais: T _____ °C R _____ rpm FC <u>62</u> bpm PA <u>138x93</u> mmHg SAT <u>99</u> % () Regular () Irregular 4. Anotações (Admissão do Paciente): <u>Paciente admitido na C.C.</u> <u>para realização de T.O. em fratura de Galeazzi e V. em DM/HBS e alergia leve a penicilina</u>		Entrada na Sala: <u>8:15</u> Início da Anestesia: _____ Início da Cirurgia: _____ Término da Cirurgia: _____ Término da Anestesia: _____ Cirurgia Realizada: <u>Colocação de fixação de fratura de Galeazzi</u> Anestesia: <u>Bloqueio</u> Posicionamento: <u>S.D.</u> Hidratação Infundida: Nome: _____ Dose: _____ Hora: _____ Antibióticoterapia: Nome: _____ Dose: _____ Hora: _____ Hemoderivados: Nome: _____ Dose: _____ Hora: _____ Plasma: Nome: _____ Dose: _____ Hora: _____ Plaquetas: Nome: _____ Dose: _____ Hora: _____ Nº de Compressas oferecidas: Nº de Compressas recolhidas: Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros: _____ Anátomo Patológico: () Não () Sim Nº Peças: _____ () Cultura () Outros: _____ Legenda: ① Eletrodos ② Oxímetro ③ Manguito PA 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Cateter O2 7. Venoclise 8. Dreno 9. SNG/SNE 10. Garrote 11. TOT () Não () Sim Nº _____ 12. SVD () Não () Sim Nº _____ 13. Outros: _____ Sinais Vitais: Saída da SO T _____ °C R _____ rpm FC _____ bpm PA _____ mmHg SAT _____ % () Regular () Irregular Destino: () SRPA () UTI () outros: _____	Anestesia: 1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros: _____ Localização:  Sinais Vitais: Horário: _____ T _____ FC _____ PA _____ SPO2 _____ ALDRETE _____ DOR 0/10 _____ Observações: _____ Balanco Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO) Entrada: Hora _____ Medi-ção _____ CH _____ SNG/Volúme _____ Dreno/Qual _____ Saída: Hora _____ SVD/Aspecto _____ Dreno/Qual _____ Outros _____ ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Ata do Paciente) <u>Wendka A. da Silva</u> <u>Enfermeira</u> <u>09/09/2019</u>													

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019

22 NOV. 2019



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Josimar da Silva R. BrasilResponsável Cirúrgico: Dulcemir Magalhães

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☐ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☐ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☐ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

- ☐ Não
☐ Sim, e acesso venoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura _____
 Data: ____/____/____ Hora: ____:____

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☐ Identificação do paciente
☐ Sítio cirúrgico
☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ 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.

☐ Não se aplica

☐ Sim,

Qual: _____ Hora: ____:____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☐ Sim

☐ Não se aplica

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

- ☐ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE 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

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 DESTES PACIENTES

- ☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

22 NOV. 2019



*Justiça da BM Roraima
na 7ª Maca*

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																														
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																														
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																											
PACIENTE	GILSON DA SILVA N.º 11.419/2006																													
AGNÓSTICO	FRAZ. ALP. M. A.																													
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA																										
IDADE	LEITO	DATA	09/01/16																											
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				SUS																									
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã																									
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SUS																									
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12																									
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06:00																									
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SUS																									
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				14:00																									
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				10:00																									
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SUS																									
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				SUS																									
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				SUS																									
12																														
13																														
14																														
15																														
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SUS																									
17	SSVV + CCGG 6/6 H				SUS																									
18	CURATIVO DIÁRIO				SUS																									
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:																														
<i>Dr. Jesus A. Lopez Aguiar</i> CRM-RR 966																														
SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>6 H</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TA</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>120/80</td> <td>60</td> <td>14</td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>158/77</td> <td>55</td> <td>-</td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>137/84</td> <td>60</td> <td>-</td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>124/74</td> <td>70</td> <td>14</td> <td>36°C</td> </tr> </tbody> </table>							6 H	FC	FR	TA	6 H	120/80	60	14	36°C	12 H	158/77	55	-	36°C	18 H	137/84	60	-	36°C	24 H	124/74	70	14	36°C
	6 H	FC	FR	TA																										
6 H	120/80	60	14	36°C																										
12 H	158/77	55	-	36°C																										
18 H	137/84	60	-	36°C																										
24 H	124/74	70	14	36°C																										
MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														

22 NOV. 2019



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Nome: Junilson da Silva

EVOLUÇÃO INTERDISCIPLINAR

DATA
HORA 09/09/19 de 08:45 **EVOLUÇÃO**

Outro para

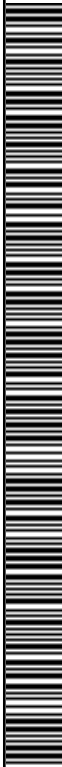
Paciente com fratura de pé (Galeazzi) com
violação de tratamento cirúrgico (Osteossíntese). Tem
procedimento cirúrgico impuro por falta de material cirúrgi-
co (parafusos de 16 e 18)

CD: Dieta Oral limpa
Do Gluco

Dr. Fernando Rezende
Rocha

ASSINATURA:

22 NOV. 2019



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	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 NEURÓLOGO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
() Consciente () Orientado () Desorientado	() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC:		
() Sedado () Torposo () Comatoso	() Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA:		
() Agitado () Reage a estímulos () Não reage	() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso:		
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Fotorreagente () Mióticas () Midríaticas	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT		
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes	Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
REGULAÇÃO TÉRMICA		Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
() Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico	() Normal () Diarreia () Constipação () Melena		
() Febril () Febre () Pirexia	Flatos: () Presente () Ausente		
CARACTERÍSTICAS DA PELE		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada	() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido		
() Normocorada () Hipocorada () Hipercoorada	() Ascítico () Maciço () Timpânico		
() Anictérica () Ictérica () Cianótica	Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
() Acianótica () Edema Local:	Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
Úlcera por pressão: () Sim () Não	SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
Região:	() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO	() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria		
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 Local: Data: Trocar em:			
Cateter Central: () Sim () Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:			
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem			
Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:			
Cateter Vesical: () Sim () Não Data da Instalação: Trocar em:			
Prótese: () Sim () Não 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 0	Não 0		
Sim 25	Sim 20		
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Deambulação		
Não 0	Normal/Sem deambulação/Acamado 0		
Sim 15	Fraca 10		
3. Auxílio na Deambulação	Comprometida/Cambaleante 20		
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	6. Estado Mental		
Muleta/Bengala/Andador 15	Orientado/limitado/conhece as limitações 0		
Mobiliário Parede 30	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			

22 NOV. 2019

x unaca 7



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	25/08/1991
PACIENTE	JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA-LUX DE GALLEAZZI DIREITO				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	28	LEITO	MACA 7	DATA	10/09/2019
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				monh
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				Sw
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				20x R Sw
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				06
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				Sw
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				
9	CURATIVO DIÁRIO				M
10	SSVV + CCGG 6/6H				edme
11					
12					
13					
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
CONDUCTA; MANTIDA

:IL,

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130x80	67	20	38,3°C
18 H	139/93	66		35,9°
24 H	151x91	62		36°C

16-30
20 116x75 65 34,7°C

Dr. Odinachi Okenia
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1851/PP

22 NOV. 2019

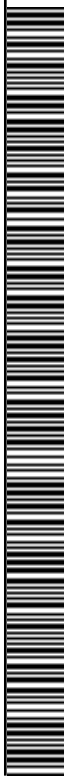


SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:	DN: / /		Sexo: () F () M
Hipótese Diagnóstica:			
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual (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 NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas () 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 () Hipercoorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Acianótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen	
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 Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim () Não 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 Não 0 Sim 25 2. Diagnóstico Secundário Não 0 Sim 15 3. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 Muleta/Bengala/Andador 15 Mobiliário Parede 30 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não 0 Sim 20 5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado 0 Fraca 10 Comprometida/Cambaleante 20 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			

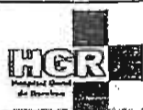
 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 HGR Hospital Geral de Roraima	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	25/08/1991
PACIENTE	JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA-LUX DE GALLEAZZI DIREITO				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	28	LEITO	MACA 7	DATA	11/09/2019
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
4	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	CURATIVO DIÁRIO				
10	SSVV + CCGG 6/6H				
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<i>Alto hospital</i> 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 .IL, # 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					
18 H					
24 H					

*Alto hospital CI programado
cerveja pelo NTO*

22 NOV. 2019



ANEXO 03



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jerisson Da Silva Paques Brashe, 18 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20 / 09 / 19, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de fêmur: (D)

NO DIA 20 / 09 / 19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese de fratura de fêmur (D) SENDO

OPERADO PELO DR. Dalson E DR. Marcelo A

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21 / 09 / 19, ÀS 12,00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 09 / 10 / 19, ÀS 9,30h, COM O
DR. Dalson

Agendar na Recepção #02

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

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

BOA VISTA, 20 / 09 / 19

MÉDICO

22 NOV. 2019



Paciente: **Jerisson Da Silva Rodrigues Brashe** Sexo: Masculino Nasc: 25/08/1991 Idade: 27 ANO
Solicitação: 20121137 Número Interno: Solicitante:
Origem: HGR Setor: GRANDE TRAUMA Leito: ÁREA VERMELHA
Data de Emissão: 21/08/2019 01:45 Recebimento:

Resultado de Exame

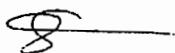
Amostra: 2012113701

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

	Resultado	Referência
LEUCOGRAMA		
LEUCÓCITOS	9.15 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	58.80 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	29.90 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	7.20 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	3.20 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.90 %	0.0 - 1.0 %
ERITROGRAMA		
ERITRÓCITOS	4.39 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	13.70 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	40.70 %	40.0 - 50.0 %
VCM	92.60 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	31.20 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.70 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11.80 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	46.20 fL	35.0 - 56.0 fL
PLAQUETOGRAMA		
PLAQUETAS	251.00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	9.80 fL	6.5 - 12.0 fL
ADP	16.10	9.0 - 17.0
PCT	0.247 %	1.08 - 2.82 %


Salete P. de Almeida
Bioquímica
CRF - 018

22 NOV. 2019

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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/09/2019 09:15

(*) Retificado

Página 1 de 2



Hospital Geral de Roraima
06095) 2121 0640-
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU
SAC de Transfusão de Sangue



GOVERNO
DE RORAIMA
GOVERNADOR: DR. CARLOS ALBERTO ALVES



Paciente: Jerisson Da Silva Rodrigues Brashe	Sexo: Masculino	Nasc: 25/08/1991	Idade: 27 ANO
Solicitação: 20121137	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR		Setor: GRANDE TRAUMA	Leito: ÁREA VERMELHA
Data de Emissão: 21/08/2019 01:45		Recebimento:	

Resultado de Exame

DETERMINAÇÃO DO GRUPO SANGUÍNEO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M29 - Aglutinação

GRUPO SANGUINEO

	Resultado	Referência
ABO	" O "	Sem Referência
RH	POSITIVO	Sem Referência

Notas

Resultados de RH Negativos expressos pela técnica de aglutinação devem ser confirmados.

22 NOV. 2019


Salete P. de Almeida
Bioquímica
CRF - 018

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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/09/2019 09:15

(*) Retificado

Página 2 de 2



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640-
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3305 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU
Secretaria de Saúde do Estado



GOVERNO
DE RORAIMA
CASA DA LEGISLAÇÃO



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

Paciente: Jerisson Da Silva Rodrigues Brashe	Sexo: Masculino	Nasc: 25/08/1991	Idade: 27 ANO
Solicitação: 20121137	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Setor: GRANDE TRAUMA	Leito: ÁREA VERMELHA	
Data de Emissão: 21/08/2019 01:45	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2012113703

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado

2.42 mg/dL

Referência

0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

90.20 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

48.69 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

22 NOV. 2019

Thatiane Reis
Farmacêutica - Bioquímica
CRF-RR 107

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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/09/2019 09:15

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

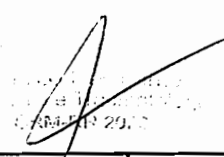


GOVERNO
DE RORAIMA

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA 					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	20/09/2019	DN	25/08/1991
PACIENTE JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE					
DIAGNÓSTICO FRATURA DE GALLEAZZI DIREITO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE	18	LEITO	MACA 3	DATA	21/09/2019
ÍTEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CEFTAZIDIMA 1G EV 8/8H				
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				
7	PLASIL10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6H				
13					
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	 Dr. Odinachi Okemiri Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 1851/RR	
12 H					
18 H					
24 H					

22 NOV. 2019

MACA 3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	-
PACIENTE JERISSON DA SILVA					
AGNÓSTICO FX ANTEBRAÇO D					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	MACA3	DATA	10/09/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA LIVRE				SND
2	AVP				manter
4	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H				22 06 14
6	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H				18 24 06 12
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
9	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O				OG
10	CURATIVO DIÁRIO				m
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Rotina
12	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				18 06
13					
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, .O,					
EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO					
CONDUTA; MANTIDA					
					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					

22 NOV. 2019



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F																									
Bloco:	Data: 20/10/2019	Enfermaria:	Leito:																						
Nome Completo: Jussara da Silva	DN: / /	Sexo: () F () M																							
Hipótese Diagnóstica:																									
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos																									
Alergia: () Sim () Não Qual (s):																									
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual Idioma:																									
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:																									
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante																									
SISTEMA NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Chelo () 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: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen																							
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 Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de infecção no sítio da punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da Instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: () Sim () Não 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 <table border="1"> <tr> <td>1. Histórico de Queda</td> <td>4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado</td> </tr> <tr> <td>Não 0</td> <td>Não 0</td> </tr> <tr> <td>Sim 25</td> <td>Sim 20</td> </tr> <tr> <td>2. Diagnóstico Secundário</td> <td>5. Marcha/Deambulação</td> </tr> <tr> <td>Não 0</td> <td>Normal/Sem deambulação/Acamado 0</td> </tr> <tr> <td>Sim 15</td> <td>Fraca 10</td> </tr> <tr> <td>3. Auxílio na Deambulação</td> <td>Comprometida/Cambaleante 20</td> </tr> <tr> <td>Nenhum/Acamado/Auxiliado 0</td> <td>6. Estado Mental</td> </tr> <tr> <td>Muleta/Bengala/Andador 15</td> <td>Orientado/limitado/conhece as limitações 0</td> </tr> <tr> <td>Mobiliário Parede 30</td> <td>Superestima capacidade/Esquece limitação 15</td> </tr> <tr> <td>TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45</td> <td></td> </tr> </table> Prescrição para prevenção de queda no verso				1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado	Não 0	Não 0	Sim 25	Sim 20	2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Deambulação	Não 0	Normal/Sem deambulação/Acamado 0	Sim 15	Fraca 10	3. Auxílio na Deambulação	Comprometida/Cambaleante 20	Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	6. Estado Mental	Muleta/Bengala/Andador 15	Orientado/limitado/conhece as limitações 0	Mobiliário Parede 30	Superestima capacidade/Esquece limitação 15	TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45	
1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado																								
Não 0	Não 0																								
Sim 25	Sim 20																								
2. Diagnóstico Secundário	5. Marcha/Deambulação																								
Não 0	Normal/Sem deambulação/Acamado 0																								
Sim 15	Fraca 10																								
3. Auxílio na Deambulação	Comprometida/Cambaleante 20																								
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0	6. Estado Mental																								
Muleta/Bengala/Andador 15	Orientado/limitado/conhece as limitações 0																								
Mobiliário Parede 30	Superestima capacidade/Esquece limitação 15																								
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45																									

22 NOV. 2019

maca 3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE <i>Jerisson de Silva</i>						
AGNOSTIC <i>fratura de tibia</i>						
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA		<i>20/09/19</i>		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				SN	
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manter.	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SN	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>18-24-06/12</i>	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06/0</i>	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN <i>09/0</i>	
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN <i>09/0</i>	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>27-06-14</i>	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>4 Suspensão</i>	
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H					
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN	
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>Rolha</i>	
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>curativa</i>	
15						
16						
17						
18						
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:

Dr. Odinachi Okemii:
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM: 125418/RR

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	<i>note de observação</i>		

Medico Residente
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
Blau D
mae 03

22 26:00 paciente ao leito, ativo e hidratado, sem febre no momento
Thiago

22 NOV. 2019

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Erissonda Silva
 Responsável Cirúrgico: maison/marcelo

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

MÉTODO DE REGISTRO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
 CONCLUIR:

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
 FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: _____

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

Assinatura

Hora: 16:00Data: 30/09/19

ANTES DA INCISÃO

Anestesista

Edino Levisson

PAUSA CIRÚRGICA

(Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
 CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☐ 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: nao temos indicadores
de esterilizacao no servico

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
 REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☐ Sim,

Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim☐ Não se aplicaANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA

(Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
 REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE 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

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

Assinatura e Carimbo

30 OUT. 2019



ESTADO DE RORAIMA
PARAZONA PATRIMÔNIO DOS SPAS, E/PA
CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade: Ortopedia	Procedimento Realizado: Ost. de Fixat. do Rádio Distal
Nome do Paciente: Jairsson da Silva	Nº do Prontuário	Data 20.09.19
Bloco:	Enfermaria:	Leito:
		Nº da Sala 04
		Circulante de Sala: Fotocópias + IAC
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:		
pequenos Fragmentos		

Dados dos materiais/Serviço

[illegible]

19 VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE
20 OPME/CME

Hospital Geral do Rioverde
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 1038 - Jd. Santa
Cruz - 13.045-000 - Rioverde - Santa Catarina
Fone: (51) 3011.2011
E-mail: geral@hospitalrioverde.com.br

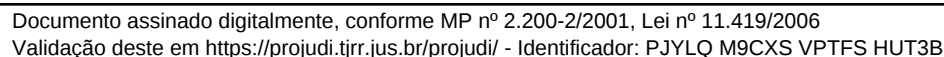
22 NOV. 2019

~~Dr. Odinachi Okemili
Medical Representative
Enugu State University
ENUGU: 085 211111~~

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

22 NOV. 2019

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Jerusson da Silva			20/09/19

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Ost. de Frotura do Rádio Distal Direito	16:40	17:31	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr Edino
Dr Dalson	RES. ANESTESIA:	Dr Euverson
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	Fagner
Dr Marcelo + Pablo (R)	CIRCULANTE	Lucas + Isaac
2º AUXILIAR		
Dr Edinach (R)		

TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Geral	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
☐	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2/0	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 3/0	
☐	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
☐	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDAN Nº 4/0	
☐	SERINGA 01ML		1	SURGICEL Alcool ± 150ml	
☐	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO Gesso + 1 degermização	
☐	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
☒	Globo de		1	OUTROS: Pevidine + 100ml	

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

22 NOV. 2019



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 20.05.19 O.S. _____

Dr. FISSON DA SILVA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em D.V. 12.14 sob manta
- (2) Sutura e hemostase
- (3) Abertura de longo estilete
- (4) Menor logotomias, acesso Thompson + drenagem
- (5) Por placas longas e to usinagem de
- (6) foco de fratura
- (7) Redução aberta + fixação com placa DCR
- (8) de 07 orifícios e com parafusos
- (9) controle radiológico
- (10) L.M.C
- (11) Sutura por M.M.S
- (12) Lavagem
- (13) RPA

Dr. Odinachi Okemiri
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 186100

CRM: 12531
Assinatura: [Assinatura]
Data: 20/05/2019

22 NOV. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

JENISON DA SILVA

20.08.19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°	
16:00 17:00			
AGENTES	N 20	15 30 45	15 30 45
	02		
LÍQUIDOS VENOSOS	SP SP SP	500 500 500	ECG, FC, PNI, SPO2
DA	°C	240	
X		38	
ULSO		36	
ANES		34	
X		32	
OP		30	
O			
TEMP			
ASPIR.			
A			
RESP			
O			
Export			
Assist			
Contro			
SÍMBOLOS			

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A FENTANYL 250mcg		ANESTESIA VENOSA	X CHECK LIST AP. ANESTESIA + MONITORIZAÇÃO
B PROPOFOL 200mg		BRANQUEADA SOB	1 - O2 SOB CAROTEN NASAL 2L/min
C ATRACURIO 40mg		VM COM ABSORVEDOR	2 - PRÉ-OXIGENARÇÃO COM O2 100%
D		DE CO2 + BLOQUEIO	3 - TOT COM TOT 8.0 COM CURR SOB VISUALIZAÇÃO DIRETA
E		DO PLEXO BRAQUIAL	4 - ATROPINA 0.5mg IV
F		DIREITO.	5 - LETAZIDINA 1g IV
G			6 - TENOXERONUM 40mg IV
GLUCOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faríngea	
NDCD		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo 8.0	
SFO, 9% 1500ML		Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica N/A	
TOTAL	1500ML	TEMPO DE ANESTESIA	
		1:30 MIN	
OPERAÇÃO	OSTEOSSÍTESE DE CAPTURA DE ANTEBRACO		
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
DR. EDINO		DR. DALSON	

R1 ENFERSON

- 7 - OXALANTERONUM 8mg IV
- 8 - DIPIDROMIA 2g IV
- 9 - ATROPINA 0.5mg IV
- 10 - NEOSTOMINA 1.5mg IV
- 11 - ENCAMINHADO A SEPA.

EDINO ALMEIDA A. SOARES
Anestesiologista - CRM 82074
RQE 197

22 NOV. 2019

A atg: 21/09/19

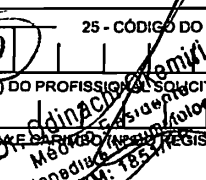
	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	BLOCO A
			LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE	2 - CNES
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE	4 - CNES
H.C.R.	

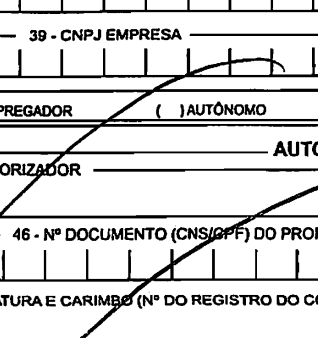
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE	
5 - NOME DO PACIENTE	6 - Nº DO PRONTUÁRIO
Jersson Da Silva	174580
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)	8 - DATA DE NASCIMENTO
71089104715077165115	25/08/94
9 - SEXO	10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL
M	Amar da Silva Rodrigues
11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
95 9840110670	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
Rua - OiaKor 46 13 de Setembro	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA	14 - COD. IBGE MUNICÍPIO
Bea Vista	14000
15 - UF	16 - CEP
RN	691306160

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Pacient em fase de tratamento
22 NOV. 2019

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO		
tratamento longo		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)		
História + Exame físico + Radiografia		
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO		21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS
fator de falcemia (D)		

PROCEDIMENTO SOLICITADO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO
Osteotomia de fêmur de falcemia (D)	174580
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO
	() CNS () CPE
28 - DOCUMENTO	29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
	() CNS () CPE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO
Dr. Valen	20/09/19
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
 CRM: 18312	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - Nº DO BILHETE	38 - SÉRIE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	41 - CBOR
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		
	() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		

AUTORIZAÇÃO	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR
45 - DOCUMENTO	46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
20/09/19	 CRM: 18312
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
0409020458 5523 2499	



U.S.R. MACAS



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA

O paciente Jeruison da Silva R. Brazão, de 28 anos, data de nasc: 25/08/91 contato: (95)-_____, com o diagnóstico: Fx Galegoz D tendo como indicação o procedimento: Astescut Fx Pullover D da ESPECIALIDADE Art agendado para 20/09/19 as 14:00 h, devendo retornar para internação em 21/09/19 as 10:00 h.

O paciente deverá manter a imobilização, se for o caso, conforme recomendação médica e fazer uso da medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os exames pré-operatórios solicitados, bem como estar em **JEJUM DE OITO (08) HORAS ANTES DO PROCEDIMENTO.**

O paciente ou representante legal se compromete em comparecer no NIR do HGR, conforme definido neste documento, assumindo inclusive a responsabilidade por eventuais complicações caso não compareça na data e horário programados para internação, podendo ocasionar atraso na realização do procedimento, sendo essa uma situação alheia à vontade da equipe assistencial e da instituição.

OBS: é de suma importância salientar, que em caso de piora do quadro doloroso e/ou surgimento de alguma outra queixa mesmo não relacionada ao problema a ser tratado nesta data, como: febre, formigamento/mudança de temperatura ou cianose (rouidão) no local afetado, o paciente deverá retornar IMEDIATAMENTE e em qualquer horário ao Pronto Atendimento Airton Rocha - PAAR, onde será atendido pelo médico plantonista com base em sua classificação de risco, e sendo necessário, irá referenciá-lo à equipe assistencialista da ortopedia.

MÉDICO ORTOPEDISTA
Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL
Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR
Assinatura e Carimbo

COMPROVANTE PARA USO E CONTROLE DO NIR - HGR

O paciente Jeruison da Silva R. Brazão de 28 anos, com indicação de internação PELA ESPECIALIDADE Art EM 19/09/19 às 10:00 h, para realização da cirurgia programada, se compromete a comparecer conforme combinado, portando documentação solicitada (Exames Pré-Operatórios) e estando em **JEJUM DE OITO (08) HORAS** antes da cirurgia.

MÉDICO ORTOPEDISTA
Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL
Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR
Assinatura e Carimbo

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes - 3308 - Boa Vista - Roraima - Brasil
(0xx95) 2121 0620
E-mail: direcaogeral.hgr@gmail.com

DIREÇÃO GERAL DO HGR

GOVERNO
DO POVO

Dr. Fabio França
Anestesiologia

22 NOV. 2019

SAMÉ



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR PARA CIRURGIA ORTOPÉDICA PROGRAMADA

O paciente Serimão da S. Rocha de 27 anos, data de nascimento 31/08/91 contato: (95)- 98402-7236, com o diagnóstico: fratura de ulna tendo como indicação o procedimento: cirurgia da ESPECIALIDADE ortopedia agendado para 01/09/19 às 7 h, devendo retornar para internação em 01/09/19 às 15:00 h.

O paciente deverá manter a imobilização, se for o caso, conforme recomendação médica e fazer uso da medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os exames pré-operatórios solicitados, bem como estar em **JEJUM DE OITO (08) HORAS ANTES DO PROCEDIMENTO.**

O paciente ou representante legal se compromete em comparecer no NIR do HGR, conforme definido neste documento, assumindo inclusive a responsabilidade por eventuais complicações caso não compareça na data e horário programados para internação, podendo ocasionar atraso na realização do procedimento, sendo essa uma situação alheia à vontade da equipe assistencial e da instituição.

OBS: é de suma importância salientar, que em caso de piora do quadro doloroso e/ou surgimento de alguma outra queixa mesmo não relacionada ao problema a ser tratado nesta data, como: febre, formigamento/mudança de temperatura ou cianose (rouxidão) no local afetado, o paciente deverá retornar IMEDIATAMENTE e em qualquer horário ao Pronto Atendimento Airton Rocha - PAAR, onde será atendido pelo médico plantonista com base em sua classificação de risco, e sendo necessário, irá referenciá-lo à equipe assistencialista da ortopedia.

MÉDICO ORTOPEDISTA

Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR

Assinatura e Carimbo

COMPROVANTE PARA USO E CONTROLE DO NIR - HGR

O paciente Serimão da S. Rocha, de 27 anos, com indicação de internação PELA ESPECIALIDADE ortopedia EM 01/09/19 às 15:00 h, para realização da cirurgia programada, se compromete a comparecer conforme combinado, portando documentação solicitada (Exames, Pré-Operatórios) e estando em **JEJUM DE OITO (08) HORAS antes da cirurgia.**

MÉDICO ORTOPEDISTA

Assinatura e Carimbo

PACIENTE OU RESPONSÁVEL

Assinatura e CPF:

MÉDICO REGULADOR - NIR/HGR

Assinatura e Carimbo

22 NOV. 2019



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Perimon do Silva Rodrigues 27 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/8/19, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura de Colarço
NO DIA / / , FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
SEDO

Tratado
OPERADO PELO DR. Jesus E DR.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA / / , ÀS , EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA / / , ÀS , COM O
DR. Cirurgião planejado para o
dia 22/8/19

ORIENTAÇÕES GERAIS :

22 NOV. 2019

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

23/8/19

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

BOA VISTA, / /

MÉDICO

AMAR 53



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jessson da Silva Rodrigues Bráshe, 18 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20/09/19, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura da falange (12)

NO DIA 20/09/19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Ossificação da fratura da falange (12) SENDO

OPERADO PELO DR. Dalson E DR. Marcos A

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/09/19, ÀS 12,00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 09/10/19, ÀS 9,30h, COM O
DR. Dalson

Agendar na Região H02
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.

22 NOV. 2019

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Odinaí Kemm
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18511/RP

BOA VISTA, 20/09/19

MÉDICO



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

Paciente: Jerisson Da-Silva Rodrigues Brashe	Sexo: Masculino	Nasc: 25/08/1991	Idade: 27 ANO
Solicitação: 20121137	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Setor: GRANDE TRAUMA	Leito: ÁREA VERMELHA	
Data de Emissão: 21/08/2019 01:45	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 2012113702

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

12,00 seg

Referência

10.0 - 14.0 seg

RNI

0,85

0.8 - 1.2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

31,90 seg

25.0 - 39.0 seg

RATIO

1,17

0.75 - 1.22

Notas

Úcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

22 NOV. 2019

Salete P. de Almeida
Bioquímica
CRF - 018

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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

11/09/2019 09:15

(*) Retificado

Página 1 de 1



Hospital Geral de Roraima
0xx95) 2121 0640-
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 -
Aeroporto

NÚCLEO DE LABORATÓRIO
DO HGR

SESAU
SECRETARIA DE SAÚDE



GOVERNO
DE RORAIMA

ANEXO 03



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Jerisson Da Silva Paiva Bráshe, 18 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 20 / 09 / 19, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de fêmur: (D)

NO DIA 20 / 09 / 19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese de fratura de fêmur (D) SENDO

OPERADO PELO DR. Dalson E DR. Marcelo A

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21 / 09 / 19, ÀS 12,00h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 09 / 10 / 19, ÀS 9,30h, COM O
DR. Dalson

Agendar na Paqueta 402

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR

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

BOA VISTA, 20 / 09 / 19

MÉDICO

22 NOV. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE BONFIM - BONFIM - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 037137/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2019 16:19 Data/Hora Fim: 24/10/2019 16:44
Delegado de Polícia: Eduardo Henrique Batista

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Bonfim
Data/Hora do Fato: 20/08/2019 06:30

Local do Fato

Município: Bonfim (RR)
Logradouro: BR 401

Bairro: ZONA RURAL
Nº: 122

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Melo(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RR - Bonfim Sexo: Masculino Nasc: 25/08/1991
Profissão: Atendente Escolaridade: Ensino Superior Incompleto
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Ana da Silva Rodrigues Nome do Pai: Alphonso Thomaz Brashe Filho

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 3322327

Endereço

Município: Bonfim - RR
Logradouro: RUA: FRANCISCO ARAUJO VERAS Nº: 395
Complemento: QUADRA 26
Bairro: CIDADE NOVA
Telefone: (95) 98400-6770 (Celular)

22 NOV. 2019

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Bonfim - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

COMUNICA QUE NO DIA E HORA ACIMA, TRANSITAVA PELA BR 401, SENTIDO NORMANDIA/BOA VISTA, CONDUZINDO UMA MOTOCICLETA HONDA /XR 250 TORNADO, DE PLACA NAP 0970, E AO CHEGAR NO KM 122, AO CRUZAR COM UMA CAMINHONETE COM O FAROL ALTO, PARA EVITAR UMA COLISÃO, DESVIOU A MOTOCICLETA PARA O ACOSTAMENTO, VINDO A CAIR NA PIÇARRA; QUE EM CONSEQUENCIA DA QUEDA, TEVE O BRAÇO DIREITO FRATURADO E VÁRIAS ESCORIAÇÕES PELO CORPO. É O RELATO.



Delegado de Polícia Civil: Eduardo Henrique Batista
Impresso por: Ana Cleide Barros de Oliveira
Data de Impressão: 24/10/2019 16:45
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Proevo DPVAT | Busca avançada

Seguradora Líder-DPVAT Acompanhe o Processo

seguradoralider.com.br/Seguro-DPVAT/Acompanhe-o-Processo

Documentos Invalidez Permanente

Documentos Morte

Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar

Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

documentação completa.

SINISTRO 3190653376 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN

CORRETORA DE SEGUROS E SERVIÇOS EIRELI - Matriz

BENEFICIÁRIO JERISSON DA SILVA RODRIGUES BRASHE

CPF/CNPJ: 01502740257

Posição em 14-01-2020 12:10:58

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/12/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Ativar o Windows

Acesse Configurações para ativ