


RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

 Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413954/19

Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

CPF: 446.951.522-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/04/2019

Titular do CPF: ANDERFESON BARBOSA
DA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência

Declaração de Inexistência de IML

Documentação médico-hospitalar

Documentos de identificação

DUT

Outros

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA : 446.951.522-15

Autorização de pagamento

Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019

Nome: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

CPF: 446.951.522-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019

Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

CPF: 104.396.626-99

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655361 **Cidade:** Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.
FRATURA DE 2º E 3º METACARPO DE MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FIXADOR EXTERNO-ANTEBRAÇO / FIOS DE KIRSCHNER-MÃO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: *PÁG. 5/6_CIRURGIA / PÁG.74/77/78/81_EXAME DE IMAGEM
**NÃO FOI POSSÍVEL ESTABELECER NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A DATA DO ACIDENTE 07/04/2019 E OS
DOCUMENTOS MÉDICO ACOSTADOS NAS PÁGINAS 14 A 42 E DE 49 A 72 - DESCONSIDERADOS DA ANÁLISE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190655361 **Cidade:** Bonfim **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA **Data do acidente:** 07/04/2019 **Seguradora:** PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 28/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO E ULNA ESQUERDA.
FRATURA DE 2º E 3º METACARPO DE MÃO ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (PLACA E PARAFUSOS/FIXADOR EXTERNO-ANTEBRAÇO / FIOS DE KIRSCHNER-MÃO).
ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO SUPERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

**Nome do documento
faltante:**

**Apontamento do Laudo
do IML:**

Conduta mantida:

**Quantificação das
sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO SUPERIOR
ESQUERDO.

**Documentos
complementares:**

Observações: *PÁG. 5/6_CIRURGIA / PÁG.74/77/78/81_EXAME DE IMAGEM
**NÃO FOI POSSÍVEL ESTABELECER NEXO DE CAUSALIDADE ENTRE A DATA DO ACIDENTE 07/04/2019 E OS
DOCUMENTOS MÉDICO ACOSTADOS NAS PÁGINAS 14 A 42 E DE 49 A 72 - DESCONSIDERADOS DA ANÁLISE.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros superiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0413954/19

Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

CPF: 446.951.522-15

CPF de: Próprio

Data do acidente: 07/04/2019

Titular do CPF: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Seguradora: PORTO SEGURO CIA DE SEGUROS GERAIS

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA : 446.951.522-15

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 25/11/2019
Nome: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA
CPF: 446.951.522-15

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 25/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

Rio de Janeiro, 27 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655361

Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655361

Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 22 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190655361

Vítima: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Data do Acidente: 07/04/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros

superiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **ANDERFESON BARBOSA DA COSTA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **0000073353-1**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 446.951.522-15 4 - Nome completo da vítima: Anderson Barbosa da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Anderson Barbosa da Costa 6 - CPF: 446.951.522-15
7 - Profissão: Empregado 8 - Endereço: R: Ademário Jato 9 - Número: 507 10 - Complemento: casa
11 - Bairro: Caiubi 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: Roraima 14 - CEP: 69.312-108
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): (95) 9162-1515

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 2617 4 CONTA: 55.151 1
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorçado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vairasor)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: _____

CPF: _____

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista 07/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040015/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/11/2019 12:10 Data/Hora Fim: 13/11/2019 12:33

Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 07/04/2019 11:00

Local do Fato

Município: Bonfim (RR)

Logradouro: RR 206, KM 42

Bairro: AREA RURAL

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AM - Manaus

Sexo: Masculino

Nasc: 14/12/1977

Profissão: Empresário

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria de Fatima Barbosa da Costa

Nome do Pai: Jose Rodrigues da Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 446.951.522-15

RG - Carteira de Identidade: 132939

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua casemiro de abreu

Nº: 97

Bairro: canarinho

Telefone: (95) 99162-1515 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Descrição I/HONDA CBR 1000 RR

CPF/CNPJ do Proprietário 498.882.853-00

Placa JXU0533

Renavam 00964256053

Número do Motor SC57E2326615

Número do Chassi JH2SC57907M301671

Ano/Modelo Fabricação 2007/2007

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo I/HONDA CBR 1000 RR

Modelo I/HONDA CBR 1000 RR

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 20/11/2015

Situação do Veículo NADA CONSTA

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Ronaldo Oliveira da Silva
Data de Impressão: 13/11/2019 12:33
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPE - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040015/2019

Nome Envolvido	Envolvimentos
Anderfeson Barbosa da Costa	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a este distrito policial para informar que no dia acima citado estava conduzindo a MOTOCICLETA I/HONDA CBR 1000 RR, Placa JXU0533, Chassi JH2SC57907M301671, VERMELHA, na RR 206 sentido vila São Francisca-RR/ Boa Vista-RR, que não conseguiu fazer a curva na estrada e colidiu com um barranco, que o comunicante apagou, que segundo testemunhas o comunicante foi socorrido pelo SAMU e levando para o HGR, que o comunicante quebrou o braço esquerdo, e dois meses depois teve um coágulo da cabeça devido ao acidente; que a referida motocicleta ficou parcialmente destruída, era o que tinha a relatar.

ASSINATURAS

Ronaldo Oliveira da Silva

Não Informado

Matrícula 42000812

Responsável pelo Atendimento

Anderfeson Barbosa da Costa

(Comunicante)

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

24. *Amphistemon* sp. *Scorpaenidae* (see below)

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 17/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000073353-1

Nr. da Autenticação 8786461648D16BE8

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190655361 3 - CPF da vítima: 446.951.522-15 4 - Nome completo da vítima: Anderson Barbosa da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: Anderson Barbosa da Costa 6 - CPF: 446.951.522-15
7 - Profissão: Autônomo 8 - Endereço: R. Ademário Santos 9 - Número: 507 10 - Complemento:
11 - Bairro: Caumbé 12 - Cidade: Boa Vista 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.312-108
15 - E-mail: 16 - Tel. (DDD): 9599162-1515

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal:
19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
☒ RECUSO INFORMAR ☐ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 73353

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA: CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2ª | Nome: CPF:

Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista, 06/12/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - HAAR/PSFE
Av. Brigadeiro Figueiredo Gomes, 3305

1ª Classificação

Pacientes

Vermelho

Amarelo

Verde

Azul

2ª Classificação

Vermelho

Amarelo

Verde

Azul

3ª Classificação

Vermelho

Amarelo

Verde

Azul

13010933/9

07/04/2019 11:43:35

FICHA DE ATENDIMENTO

TRAUMATOLOGIA

DIÁRIO 07-19

Paciente

Data Nascimento

Idade

CNS

CPF

Prontuário

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

14/12/1977

41 A 3 M 24 D

44695152215

00010074

Tipo Doc

União

Orgão Emissor Data Emissão

Sexo

Estado Civil

Raça/Cor

Naturalidade

Nacionalidade

IDENTIDADE 132939

M

PARDA

BRASIL

Mãe

MARIA DE FÁTIMA DA COSTA

JOSE RODRIGUES DA COSTA

Contato

Endereço

RUA JOSÉ ALEIXO - 3088 ...

Ocupação

NÃO INFORMADA

Classe de Risco

Plano Convênio

Nº de Carteira

Validade

Autorização

Sis. Principal

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Forma

Peso

Pressão

ACIDENTE DE MOTO

URGÊNCIA

Sócio

GRANDE TRAUMA

Tipo de Chegada

DEMANDA ESPONTANEA

Procedimento Seg.

Registrado por:

ROSIVAN BARROS

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril☐ Sintomático Respiratório☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

AC: 1234 RW: 12345 MRw: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO-X☐ ULTRA-SOM☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ HCGG☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

PRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

☐ Alta por Demora Médica☐ Alta e Paliativo☐ Alta e Revelar☐ Transferência para☐ Anulação☐ Observação (Atendimento)☐ Interação

Data e Hora da Solução

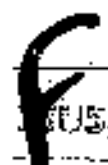
Óbito

Tempo do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ UML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: rosivan.barros
Data/Hora: 07/04/2019 11:44:11

Sete 18.04.74



Sistema
União de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EQUIPANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

3 - C.M.E.S.

4 - C.M.E.S.

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

6 - N.º DO HISTÓRICO

7 - DATA NACIONAL DE NASCIM.

8 - DATA DO NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CASA O HOSPITALAR

12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, CIDADE)

13 - CIDADE DE RESIDÊNCIA

14 - CDD. ABEXUNÇÃO

15 - UF

16 - C.P.

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - FUNDAMENTOS E SINAIS CLÍNICOS

Phc. fr. exposta de fôcos e
uma diaf. segmentar + fôcos HRC.

18 - CONDIÇÃO DE INTERNAÇÃO

1.º e 2.º

19 - INDICAÇÃO RESULTADO 20 - SINAIS DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS) 21 - EXAMES REALIZADOS

1.º + 2.º

22 - NOME DO DOENTE

fr. exposta + diaf. + HRC + 1.º e 2.º

PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortopedia fr. autônoma + fr. exposta + 1.º e 2.º

24 - CLÍNICA

25 - CDD. ABEXUNÇÃO

26 - DOCUMENTO

27 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO) DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

31 - AGENTE DO ACIDENTE

32 - CDD. ABEXUNÇÃO

33 - N.º DO HISTÓRICO

34 - AGENTE DO TRABALHO TIPO

35 - CDD. ABEXUNÇÃO

36 - CDD. ABEXUNÇÃO

37 - CDD. ABEXUNÇÃO

38 - AGENTE DO TRABALHO TIPO

39 - CDD. ABEXUNÇÃO

40 - CDD. ABEXUNÇÃO

41 - CDD. ABEXUNÇÃO

42 - VÍNCULO COM A EMPRESA

43 - CDD. ABEXUNÇÃO

44 - CDD. ABEXUNÇÃO

45 - CDD. ABEXUNÇÃO

46 - CDD. ABEXUNÇÃO

47 - CDD. ABEXUNÇÃO

48 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

49 - CDD. ABEXUNÇÃO

50 - DOCUMENTO

51 - N.º DO DOCUMENTO (CNS/CPE) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 53 - AGENTE DO TRABALHO TIPO 54 - CDD. ABEXUNÇÃO

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Clínica de Juazeiro
CRM-BA 1740 1507 14272

04/03/0013
04/03/0013
0408020923 → 5524
0408020907 → 5524

FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO GRANDE TRAUMA

NOME: Andrésson Barbosa da Costa

DATA DE NASCIMENTO: 34/12/77

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 09/09/19
 Nº BOLSA: 011419030806 VOLUME: 276ml
 BOLSA: ABO: P FATOR RH: +
 PACIENTE: ABO: A FATOR RH: +
 SINAIS VITAIS:
 INICIO: 03:20 h. T. 34.2 PA: 130/68 P: 90 FR: 22
 MEIO (15MIN): 03:35 h. T. 34.5 PA: 130/70 P: 96 FR: 21
 FIM: 05:30 h. T. 34 PA: 129/70 P: 99 FR: 25
 PROPIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: Elizangela
 ENFERMEIRO (A): Elizangela COREN: 10754/199

Ficha pela
hemodinâmica

Elizangela Martins Pro
Téc. de Enfermagem
COREN - 10754/199

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: 09/09/19
 Nº BOLSA: 011419030808 VOLUME: 339ml
 BOLSA: ABO: B FATOR RH: +
 PACIENTE: ABO: A FATOR RH: +
 SINAIS VITAIS:
 INICIO: 05:40 h. T. 36.4 PA: 163/86 P: 99 FR: 19
 MEIO (15MIN): 06:00 h. T. 36.2 PA: 165/85 P: 98 FR: 17
 FIM: 06:15 h. T. 35.3 PA: 164/80 P: 90 FR: 18
 PROPIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: Francinete
 ENFERMEIRO (A): Francinete COREN: 10754/199

06:55 hrs.
Francinete Martins Pro
Téc. de Enfermagem
COREN - 10754/199

Francinete Martins Pro
Téc. de Enfermagem
COREN - 10754/199

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: / /
 Nº BOLSA: / VOLUME: /
 BOLSA: ABO: / FATOR RH: /
 PACIENTE: ABO: / FATOR RH: /
 SINAIS VITAIS:
 INICIO: / h. T. / PA: / P: / FR: /
 MEIO (15MIN): / h. T. / PA: / P: / FR: /
 FIM: / h. T. / PA: / P: / FR: /
 PROPIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: /
 ENFERMEIRO (A): / COREN: /

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE

DATA: / /
 Nº BOLSA: / VOLUME: /
 BOLSA: ABO: / FATOR RH: /
 PACIENTE: ABO: / FATOR RH: /
 SINAIS VITAIS:
 INICIO: / h. T. / PA: / P: / FR: /
 MEIO (15MIN): / h. T. / PA: / P: / FR: /
 FIM: / h. T. / PA: / P: / FR: /
 PROPIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: /
 ENFERMEIRO (A): / COREN: /

OBS: ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA.

ESTADO DO RIO DE JANEIRO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANEXO DO PROCESSO Nº 59753/64

Ass: Amendado Guilherme Costa
do Ministério da Saúde, por penetras

PROPOSTA DE CONTRATO

Identificação
Atividade: Atividade Cirúrgica
Atividade: Atividade Cirúrgica

Localidade: 18m de 10m

Nome do paciente: Fernando
Sócio DNE: 18710

Local: 18m de 10m de 10m

EXAME DE QUALIDADE DE ANESTESIA
COMO É:

EXAME DE QUALIDADE DE ANESTESIA
COMO É:

EXAME DE QUALIDADE DE ANESTESIA
COMO É:

EXAME DE QUALIDADE DE ANESTESIA
COMO É:

EXAME DE QUALIDADE DE ANESTESIA
COMO É:

EXAME DE QUALIDADE DE ANESTESIA
COMO É:

ANEXO DA PROPOSTA

Assinado por: Ubaldino J. R. Basso (R. Basso)

PROPOSTA DE CONTRATO

CONDIÇÕES QUE TUDO OS MEMBROS DA
EQUIPE DE ANESTESIA, ALÉM PELO NOVE E
DEPOIS. () Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONTRATARAM VERBALMENTE:
() Não () Sim
() Não () Sim
() Não () Sim

EXAME DE QUALIDADE DE ANESTESIA
COMO É:

EXAME DE QUALIDADE DE ANESTESIA
COMO É:

EXAME DE QUALIDADE DE ANESTESIA
COMO É:

EXAME DE QUALIDADE DE ANESTESIA
COMO É:

EXAME DE QUALIDADE DE ANESTESIA
COMO É:

EXAME DE QUALIDADE DE ANESTESIA
COMO É:

EXAME DE QUALIDADE DE ANESTESIA
COMO É:

EXAME DE QUALIDADE DE ANESTESIA
COMO É:

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

PROPOSTA DE CONTRATO

DE PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ANESTESIA,
OU DA EQUIPE MÉDICA CONTRATADA,
VERBALMENTE COM A EQUIPE.

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO:
() Sim () Não

2- SE AS CONDIÇÕES DE INSTRUMENTOS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E ALÍQUAS
ESTÃO CORRETISSIMAS
() Sim () Não

3- COMO A AMOSTRA PARA ANÁLISE
FETOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(CONCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim () Não

4- SE ALGUÉM PROIBIRIA O EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO
() Sim () Não

5- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ANESTESIA DEVEM
PROCURAR AS ESSENCIAIS PARA A
REGISTRAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES
() Sim () Não

6- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ANESTESIA DEVEM
PROCURAR AS ESSENCIAIS PARA A
REGISTRAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES
() Sim () Não

7- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ANESTESIA DEVEM
PROCURAR AS ESSENCIAIS PARA A
REGISTRAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES
() Sim () Não

8- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ANESTESIA DEVEM
PROCURAR AS ESSENCIAIS PARA A
REGISTRAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES
() Sim () Não


9- O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ANESTESIA DEVEM
PROCURAR AS ESSENCIAIS PARA A
REGISTRAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES
() Sim () Não

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
Descrição de Procedimento

Nome: Andersson Barbosa de Costa
Data: 07/04/19

Profissionais: Dr Fernando Junges.

- 1-Paciente em DDH + assepsia + antissepsia+ campos estéreis.
- 2-Anestesia Local em 5º espaço intercostal em Hemitórax Esquerdo superficial e profunda.
- 3-Incisão respeitando o sentido das costelas em 5º espaço intercostal.
- 4-Divulsão com Kelly Curva sobre a borda superior da costela inferior com divulsão até a cavidade torácica, mais dissecação roma com avaliação digital com saída de ar sob pressão.
- 5-Passagem de tubo nº 36, em sentido pôstero-superior.
- 6- Conexão do tubo ao sistema fechado em selo d'água com borbulhamento
- 7-Fixação do tubo à pele com nylon "2-0" em ponto em U
- 8- Dreno funcionando e oscilante
- 9- Raio-X de Tórax de controle.



Dr. Luiz Fernando Junges
Cirurgião Geral
RQE-730 / CRM-RR 1583

DATA DE REALIZAÇÃO

Ingleperson B. Costa

Clín. 07.04.14

0.4

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: Fract. de rádio e ulna distal, copula
 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: + Fract. de rádio e ulna distal +
 TIPO DE INTERVENÇÃO: Fract. MTC +
 MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Osteossintese + MTC
 DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:
 CIRURGIÃO Jonathan
 1º AUXILIAR:
 2º AUXILIAR:
 INSTRUMENTADORA:
 3º AUXILIAR:
 ANESTESISTA: B. Costa
 ANESTÉSICO:
 IDIO:
 FIM:
 DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Pele em dist. sob anestesia
 2) Antissepsia + Anestesia
 3) Incisão No-Tension + Dissecção p/ plano
 4) LMC cl. 87 com excussiva
 5) Redução do foco + fixação cl. placa dep + parafusos
 6) Incisão sobre a ulna - Dissecção p/ planos
 7) Redução e fixação cl. placa dep + parafusos
 8) Instalação de fixador de Colles em rádio distal após LMC excussiva, visualizado ponto e massa óssea abundante.
 9) Sutura p/ planos (no) Cirúrgico

In. Implants & Lentes
 Dr. Carlos A. Travençolo
 Rua da Liberdade, 100
 CEP: 13060-900 - Campinas, SP



GOV. DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE 34 APT OU LEITO 4 Nº DO PRONTUÁRIO 07 DATA 10/04/2003

CIRURGIÃO Dr. Alexandre de Paula Lima TIPO 1 CIRURGIA 1 INÍCIO 11:35 FIM 12:40 TEMPO DE DURAÇÃO 1:05 TEMPO TOTAL 1:05
EQUIPE MÉDICA
ANESTESISTA: Dr. Ulysses
RES. ANESTESIA: Dr. R. de Almeida
INSTRUMENTADOR: Res. Cortes

1ª AUXILIAR --- 2ª AUXILIAR --- CIRCULANTE Dr. R. de Almeida

TIPO DE ANESTESIA:	QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	TEMP. DE DURAÇÃO:	MEDICAMENTOS	VALOR
<u>B3B</u>	<u>1</u>	PCIS COMPRESSAS C/03 UNID.	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>11:35</u>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO, 5%.	<u>500 ml</u>
	<u>1</u>	PACOTES GAZE	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>12:40</u>	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	<u>---</u>
	<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL 7.0	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	FRASCOS- SORO GLICOSADO	<u>---</u>
	<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL 7.5	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	FIO VICRYL Nº	<u>---</u>
	<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL 8.0	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	FIO MONONYLON Nº	<u>2.0</u>
	<u>1</u>	LUVA ESTÉRIL 8.5	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	<u>---</u>
	<u>1</u>	LUVAS W/ PROCEDIMENTOS	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	<u>---</u>
	<u>1</u>	FÂMENA BISTURI Nº 21	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	FIO CATGUT SIMPLES Nº	<u>---</u>
	<u>1</u>	DRENO DE SUÇÃO Nº	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	FIO CATGUT CROMADO Nº	<u>---</u>
	<u>1</u>	DRENO DE TORAX Nº	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	FIO PROLINE Nº	<u>---</u>
	<u>1</u>	DRENO DE PENROSE Nº	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	FIO SEDA Nº	<u>---</u>
	<u>1</u>	SERINGA 01ML	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	SURGICEL	<u>---</u>
	<u>1</u>	SERINGA 03ML	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	GERA BLOSSO	<u>---</u>
	<u>1</u>	SERINGA 05ML	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	CH-CATARATA Nº	<u>---</u>
	<u>1</u>	SERINGA 10ML	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	GRUPO Nº	<u>---</u>
	<u>1</u>	SERINGA 20ML	<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	FITA CARBÚCA	<u>---</u>
	<u>1</u>		<u>1</u>	<u>1</u>	<u>---</u>	OUTROS: Eletrodo	<u>---</u>

TERMINADO EM 3 quin 16 quin

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A) Dr. Alexandre de Paula Lima ENFERMEIRA CHEFE Dr. R. de Almeida

FUNÇÃO: --- CIRCULANTE DE SALA ---

DEBITAR NA C.C. DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONFIABILIDADE



PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELSEBÃO

EVOLUÇÃO MÉDICA DIURNA

DATA: 09/04/2019 DI/HGR: _____ DN: _____ IDADE: _____ ÁREA: AMARELA LEITO: _____
 NOME: Anderson B. Costa

DIAGNÓSTICOS:

DISPOSITIVOS	BALANÇO HÍDRICO	ANTIBIÓTICOS
AVC:	ADMINISTRADO (ESTIMADO):	Cefalotina (OD)
PAI:	DIURESE:	Genianaína (OD)
TOI/TQI: 10	UF:	metronidazol (OD)
VM:	BH	
Outras:	BH ACUMULADO:	
Últimas 24hs:	ΔFC: 94 - 116	Clearance/Cr:
Atax: 34,7 - 36,5°C	ΔHC: 18 - 19	Evacuações:
SPAS: 111 - 163	Δ Glicemias: -	SNG: -
APAD: 60 - 86	Drenos: Lado (D) - 300 ml	
	Lado (E) - 150 ml	

Evolução nas últimas 24h:

Paciente evoluiu hemodinamicamente, sem DVA, sem SVA, sem náuseas, com nível de consciência de 15/19.

Exame Físico: REG () RFG (X) MFG () / Anictérico (X) ou icterico () / 14
 Hidratado (X) ou Desidratado () / 14 / Consciente (X) ou Desorientado ()
 Curado () ou Hipocorado (X) 24 / 14 / Acianótico (X) ou Cianótico () / 14

Ap. Cardiovascular

(X) RCR2T, BCNF, sem Sopros

() Outros: _____

() DVA? Quais: _____

Ap. Respiratório

(X) MV + bilateral, sem Ruidos Adventícios

() Outros: _____

ABD.:

(X) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA -

() Outros: _____

Ext.:

(X) Bom perfusão periférica (< 3s), Ausência de edemas, Panturrilhas livres

() Outros: _____

NEUR.:

(X) Glasgow 15 / Pupilas Isocóricas (Ectomacópulas)

RCM: (X) RIM: () / RAMSAY: _____

Outros: _____

Impressão Diagnóstica: Estável

Conduta: 1003

Cravinhos

RA

Outros: _____



PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO

EVOLUÇÃO MÉDICA NOTURNA

DATA: 10/04/2019 IDADE: 42a SEXO: F ÁREA: AMAR+LA
NOME: Anderson Barboza Costa

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:

Poli-trauma + fratura média/lateral (E) + DT bilateral (hematoma)
DVA: ☒ ANTIBIÓTICOS
IOT/TOT: ☒
VM: ☒ Gentamicina
SVD: Sim Metilnicolamida
SNG/SNE: ☒
SÍNDROME ANALGESIA: ☒

ATUAL

FC: 98	PRESSÃO ARTERIAL: 146 x 93	FEBRE: <input checked="" type="checkbox"/>
FR: 62	GLICEMIA CAPILAR: 97 mg/dL	EVACUAÇÕES: <input checked="" type="checkbox"/>
SO2: 99	DIURSE: hematuria	<input checked="" type="checkbox"/>

Evolução Médica Noturna: Pac em DB a 4.5°, restitua ao exame, vigil, comunicativo; estado hemodinamicamente; em uso de cNO2 p/ manutenção da sat O2; oligúrico, porém com excreção nitrogenada dentro da normalidade, necessitando diálise via oral c/ base acetato. Respe. da técnica interna, c/ restrição do mov. respiratório.

Exame Físico: BEG () RLC () MEG () / Anictérico () ou icterico () /+4
Hidratado () ou Desidratado () /+4 / Consciente () ou Desorientado ()
Corado () ou Ipcorado () /+4 / Cianótico () ou Cianótico () /+4

p. Cardiovascular

RCR2I, Bulhas normotonéticas, sem sopros
() DVA? Quais:

Ap. Respiratório

PMVU em ambos os hemitorax. SRA
() Outros: do em base

ABD.: pequeno

Globo, Flácido, RHA +, S/VMG

() Outros:

EXI

Bou perfusão periférica (< 3s), Panturrilhas livres

NEUR.:

Glasgow 15 / Pupilas isocóricas

RIM () RIM- () / RAMSAY:

Dr. Thiago Henrique
CRM-RS 1001

CONDUTA: Manter vigilância respiratória.

Hidrações vigorosas + bicarbonato p/ alcalinização da urina.

Manter vigilância renal.

Manter suporte intensivo.

Francisco Pinelli
Interna 6º ano



PRONTO SOCORO FRANCISCO ELESBÃO

EVOLUÇÃO MÉDICA DIURNA

DATA: 13/04/2019	DI/HGR: 05/03/19	DN: 22/04/78	IDADE: 41	ÁREA: amarela 1	LEITO: 4
NOME: <u>Ernando Bandeira da Silva</u>					

DIAGNÓSTICOS:		
DISPOSITIVOS	BALANÇO HÍDRICO	ANTIBIÓTICOS
AVC: AVC - <u>Subclavio</u>	ADMINISTRADO (ESTIMADO):	<u>meropenem</u>
PAI: ---	DIURESE: <u>800 ml</u>	<u>-teicoplanina</u>
TOT/TQT: TOT	UF:	<u>-sulba + trimeth</u>
VM: AVC	BH	
Outros: <u>SNE, SVD</u>	BH ACUMULADO:	

Últimas 24hs:	ΔFC:	Clearance/Cr: <u>0</u>
ΔTax:	ΔFR:	Evacuações: <u>0</u>
ΔPAS:	Δ Glicemias: <u>0</u>	SNG: <u>0</u>
ΔPAD:	Drenos: <u>0</u>	

Evolução nas últimas 24h: Paciente estável hemodinamicamente, sem uso de DVA ou SDA, muito menor Ventilação mecânica. TQT em AL

Exame Físico: BEG () REG (X) MEG () / Anictérico (X) ou Ictérico () /+4
Hidratado (X) ou Desidratado () /+4 / Consciente () ou Desorientado (X)
Corado () ou Hipocorado (X) /+4 / Acianótico (X) ou Cianótico () /+4

Ap. Cardiovascular

(X) RCR2T, BCNF, sem Sopros

() Outros: _____

() DVA? Quais: _____

Ap. Respiratório

(X) MV + bilateral ~~sem Ruidos Adventícios~~ sem Ruidos Adventícios

() Outros: C/ Ruidos em bases

ABD.:

(X) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +

() Outros: _____

Ext.:

(X) Bom perfusão periférica (< 3s); torn edema em MMII. Panturrilhas livre

() Outros: _____

NEUR.:

() Glasgow / Pupilas Isocóricas () RFM + () RFM - () / RAMSAY: _____

Outros: ↓ 14

Impressão Estável, aguardando vaga ao bloco

Conduta: manter suporte clínico

A

Data: 15/08/19

SUS Sistema de Informação da Saúde
União da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

BLOCO A

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - NOME DO PACIENTE

ANDERTESON BARBOSA DA COSTA

2 - Nº DO PRONÓTIPO

10074

3 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

7100502361121473516

4 - DATA DE NASCIMENTO

14/02/1974

5 - SEXO

MASCULINO

6 - NOME DA MÃE DO DOENTE (OBRIGATORIO)

Maria de Fátima Barbosa da Costa

7 - DATA DE INSCRIÇÃO

95990694101

8 - ENDEREÇO (RUA, Nº, CEP)

Rua Cosmimo de Almeida, 97, Canoinho

9 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

10 - CID - DOB - CID - DOB

140010

11 - UF

R/R

12 - CEP

69312272

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

1 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

KE TARDIO OPERADO DE DRENAGEM DE
HSDC, F.T.P. COM RECIDIVA. PACIENTE COM
CEFALEIA PERSISTENTE

2 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATÓRIO

ACQUA

3 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES DE LABORATÓRIO)

TC CRÂNIO

4 - DESCRIÇÃO DO EXAME

HSDC F.T.P. DIREITA

5 - CID - DOB - CID - DOB

K06.9

PROCEDIMENTO SOLICITADO

6 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

DRENAGEM HSDC F.T.P. DIREITA

7 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

8 - CLÍNICA

NCR

9 - CARACTER DA INTERNAÇÃO

CIRURGIA

10 - ENFERMIA

X

11 - Nº DOCUMENTO (CORRESPONDENTE PARA SOLICITANTE ASSISTENTE)

210105491837510102

12 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

DR. FABRÍCIO

13 - DATA DA SOLICITAÇÃO

29/07/19

14 - ASSINATURA DO SOLICITANTE/ASSISTENTE

FABRÍCIO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

15 - AUT. DO DOENTE

16 - DATA DO REGISTRO

17 - DATA DO REGISTRO

18 - SÉRIE

19 - AGENTE DE TRABALHO

20 - UN. EMPRESA

21 - DATA DO REGISTRO

22 - UN. EMPRESA

23 - PRESENTE DE TRABALHO

24 - UN. EMPRESA

25 - DATA DO REGISTRO

26 - UN. EMPRESA

27 - VÍDEO COM A PRESENTAÇÃO

28 - UN. EMPRESA

29 - DATA DO REGISTRO

30 - UN. EMPRESA

31 - PRESENTE

32 - UN. EMPRESA

33 - DATA DO REGISTRO

34 - UN. EMPRESA

35 - PRESENTE

36 - UN. EMPRESA

37 - DATA DO REGISTRO

38 - UN. EMPRESA

39 - PRESENTE

40 - UN. EMPRESA

41 - DATA DO REGISTRO

42 - UN. EMPRESA

43 - PRESENTE

44 - UN. EMPRESA

45 - DATA DO REGISTRO

46 - UN. EMPRESA

47 - PRESENTE

48 - UN. EMPRESA

49 - DATA DO REGISTRO

50 - UN. EMPRESA

51 - PRESENTE

52 - UN. EMPRESA

53 - DATA DO REGISTRO

54 - UN. EMPRESA

55 - PRESENTE

56 - UN. EMPRESA

57 - DATA DO REGISTRO

58 - UN. EMPRESA

59 - PRESENTE

60 - UN. EMPRESA

61 - DATA DO REGISTRO

62 - UN. EMPRESA

63 - PRESENTE

64 - UN. EMPRESA

65 - DATA DO REGISTRO

66 - UN. EMPRESA

67 - PRESENTE

68 - UN. EMPRESA

69 - DATA DO REGISTRO

70 - UN. EMPRESA

71 - PRESENTE

72 - UN. EMPRESA

73 - DATA DO REGISTRO

74 - UN. EMPRESA

75 - PRESENTE

76 - UN. EMPRESA

77 - DATA DO REGISTRO

78 - UN. EMPRESA

79 - PRESENTE

80 - UN. EMPRESA

81 - DATA DO REGISTRO

82 - UN. EMPRESA

83 - PRESENTE

84 - UN. EMPRESA

85 - DATA DO REGISTRO

86 - UN. EMPRESA

87 - PRESENTE

88 - UN. EMPRESA

89 - DATA DO REGISTRO

90 - UN. EMPRESA

91 - PRESENTE

92 - UN. EMPRESA

93 - DATA DO REGISTRO

94 - UN. EMPRESA

95 - PRESENTE

96 - UN. EMPRESA

97 - DATA DO REGISTRO

98 - UN. EMPRESA

99 - PRESENTE

100 - UN. EMPRESA

101 - DATA DO REGISTRO

102 - UN. EMPRESA

Preferem Parto de Cito
41 anos

Data: 29,07,19

08

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Hematoma subdural crânio

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Craniotomia

DICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 0 artéria

CIRURGIÃO: Dr. Marcos Barbosa

1º APOIADOR: Dr. Fábio Lino Ramalho

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FINI

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em OCP sob anestesia geral + IOT + VM.
- 2) Lavagem + antiseptização + colocação de campos estéril.
- 3) Incisão FETA (S) + abertura no plano + craniotomia RT (S) + drenagem.
- 4) Drenagem de volume de hematoma subdural encapsulado.
- 5) Fechamento da craniotomia.
- 6) Duroplastia e colocação do flap ósseo.
- 7) Sutura no plano. 8) Lavagem + curativo.
- 9) Dreno colocado no subcutâneo.

Marcos Tasso de O. Barbosa
Neurocirurgião
CRM-RJ 1488



Sistema Único de Saúde
Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL

9 - SEXO

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (CIVIL, Nº, BAIRRO)

13 - CID

14 - CID

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COLÉGIO MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

pat. et. de pulmão + mto
sólido mas não de k

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

12MS

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

ex. + 94

20 - DIAGNÓSTICO CLÍNICO

21 - CID 10 PRINCIPAL

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CLÍNICA

26 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

27 - DOCUMENTO

28 - Nº DO DOCUMENTO (TÍTULOS DO PROFISSIONAL SOLICITANTE(S) E(S) SINTOMAS)

29 - CONDIÇÃO DO PROCEDIMENTO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE(S) E(S) SINTOMAS

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

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

891/115

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - CNPJ DA SEGURADORA

35 - Nº DO BENEFÍCIO

36 - SÉRIE

34 - () ACIDENTE TRABALHO TIPO

35 - CNPJ EMPRESA

37 - CNES DA EMPRESA

38 - CBOE

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - VÍNCULO COM A FIDEJUDICIA

() EMPREGADO

() EMPREGADOR

() ACIDENTE

() JUBILADO/RETIRO

() PREVIDENTE

() NÃO SEGURO

37 - Nº DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

38 - DOCUMENTO

() CNES

() Q15

39 - Nº DO DOCUMENTO (TÍTULOS DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR)

40 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

41 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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

20/12/10



Andressa Batoro

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25/2/19

OS. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

EDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

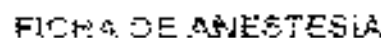
INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Ref. 884 sob anestesia
- 2) propiô e antispasmo
- 3) com 1000 pontos
- 4) Retirada material de
Sintex Punho e Mão (3 fios)
- 5) manipulação - antebraço de
punho e Mão e MTC
- 6) curativo



GRATIAS AGIMUS TIBI DOMINE

Anderson Barbara aka Costa 41 years

PUBLISHED BY THE NATIONAL ARCHIVES

29.07.2014

19:00

ਸਮੇਤ

24:00

0.247

[illegible]

INDICADOR	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE	VALOR	UNIDADE
1. Fenilalanina	300 mg	ml	1. Fenilalanina	300 mg	ml	1. Fenilalanina
2. Glutidato	80 mg	ml	2. Glutidato	80 mg	ml	2. Glutidato
3. Rinsuoleno	50 mg	ml	3. Rinsuoleno	50 mg	ml	3. Rinsuoleno
4. ...			4. ...			4. ...
5. ...			5. ...			5. ...
6. ...			6. ...			6. ...
7. ...			7. ...			7. ...
8. ...			8. ...			8. ...
9. ...			9. ...			9. ...
10. ...			10. ...			10. ...
11. ...			11. ...			11. ...
12. ...			12. ...			12. ...
13. ...			13. ...			13. ...
14. ...			14. ...			14. ...
15. ...			15. ...			15. ...
16. ...			16. ...			16. ...
17. ...			17. ...			17. ...
18. ...			18. ...			18. ...
19. ...			19. ...			19. ...
20. ...			20. ...			20. ...
21. ...			21. ...			21. ...
22. ...			22. ...			22. ...
23. ...			23. ...			23. ...
24. ...			24. ...			24. ...
25. ...			25. ...			25. ...
26. ...			26. ...			26. ...
27. ...			27. ...			27. ...
28. ...			28. ...			28. ...
29. ...			29. ...			29. ...
30. ...			30. ...			30. ...
31. ...			31. ...			31. ...
32. ...			32. ...			32. ...
33. ...			33. ...			33. ...
34. ...			34. ...			34. ...
35. ...			35. ...			35. ...
36. ...			36. ...			36. ...
37. ...			37. ...			37. ...
38. ...			38. ...			38. ...
39. ...			39. ...			39. ...
40. ...			40. ...			40. ...
41. ...			41. ...			41. ...
42. ...			42. ...			42. ...
43. ...			43. ...			43. ...
44. ...			44. ...			44. ...
45. ...			45. ...			45. ...
46. ...			46. ...			46. ...
47. ...			47. ...			47. ...
48. ...			48. ...			48. ...
49. ...			49. ...			49. ...
50. ...			50. ...			50. ...
51. ...			51. ...			51. ...
52. ...			52. ...			52. ...
53. ...			53. ...			53. ...
54. ...			54. ...			54. ...
55. ...			55. ...			55. ...
56. ...			56. ...			56. ...
57. ...			57. ...			57. ...
58. ...			58. ...			58. ...
59. ...			59. ...			59. ...
60. ...			60. ...			60. ...
61. ...			61. ...			61. ...
62. ...			62. ...			62. ...
63. ...			63. ...			63. ...
64. ...			64. ...			64. ...
65. ...			65. ...			65. ...
66. ...			66. ...			66. ...
67. ...			67. ...			67. ...
68. ...			68. ...			68. ...
69. ...			69. ...			69. ...
70. ...			70. ...			

[illegible]

EDUO ALLAMANO & SOARE
Assistenti - Cui 92076
PGE 197

- 7. Cefazolinum 2. g ev
- 8. Anapirina + Nostigminum 60 mg
0,75 mg 10 mg
- 9. Aspirinulo e esterobato
- 10. succinilcholino power. 200 mg.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAIS CONSUMIDOS EM CÍRURGIA

NOME DO PACIENTE

Andresson Barbosa da Costa

APT OU UPTO

Nº DO PRONTUÁRIO

00010074

DATA

29 / 07 / 14

CIRURGIA

TEMPO DE DURAÇÃO

Drenagem de hematoma subdural

TIPO

INÍCIO

20:07

FIM

22:04

TEMPO TOTAL

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO

Dr. Fabrício Almeida

ANESTESISTA

Dr. Edino

RES. ANESTESIA

Res. Andresson

1ª AUXILIAR

Dr. Marco Tago

INSTRUMENTADOR

Fabriz e Evoniz

2ª AUXILIAR

CIRCULANTE

Elineusa Nunes

TIPO DE ANESTESIA

Geral

TEMPO DE DURAÇÃO

MATERIAL

POTS (COMPRESSAS) 03 UNID.

PACOTES GAZE

GUJA ESTÉRIL 10

GUJA ESTÉRIL 7.5

GUJA ESTÉRIL 8.0

GUJA ESTÉRIL 8.5

GUJAS P/ PROCEÍMENTOS

LÂMINA HISTOL Nº 15, 24

DRENO DE SUÇÃO Nº

DRENO DE FORAX Nº

DRENO DE PENROSE Nº

SERINGA 10ML

SERINGA 03ML

SERINGA 05 ML

SERINGA 10ML

SERINGA 30ML

MATERIAIS

FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO 500ml

FRASCOS-SORO RINGER LACTADO

FRASCOS-SORO GLICOSADO

FIO VICRYL Nº

FIO MONONYLON Nº 2-0 0.1 + 3.0

FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº

FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº

FIO CATGUT SIMPLES Nº

FIO CATGUT CROMADO Nº

FIO PROLINE Nº 4-0

FIO SEDA Nº

SURGICAL TGT Nº 7.0

OBRA FIOSO

EQUIPE MACROGOTA

EQUIPE ELETRÓDOS

EQUIPE CARDIAC Sonda de Foley 14

OUTROS coletor de urina

Gelfoan

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CÍRURGIA - VISÃO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A)

ENFERMEIRA CHEFE

Stefanie

FUNCIONÁRIO(A) AJILIOS

CIRCULANTE DA SALA

OBSERVAR NA C.C. DO PACIENTE

MATERIAL E MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A COM TABELIDADE

Nome: Anderson Carlos da Silva Data de Nasc: 14/12/37 Idade: 46 Setor/Leito: 67 Data: 29/07/19

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim (X) Não Termo de Consentimento Anestésico: () Sim (X) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Cirurgia Proposta: Descompressão de hematócrito subdural

Informações: 3200 g

Sexo: M Sim Idoso

Pré-existe: Sim Idoso

Comorbidades: Sim Idoso

Reserva UTI: Sim Idoso

Lateraisidade: Sim Idoso

Alto: Sim Idoso

Alto: Sim Idoso

Qual: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Cirurgia Realizada: Descompressão de hematócrito subdural

Informações: 3200 g

Sexo: M Sim Idoso

Pré-existe: Sim Idoso

Comorbidades: Sim Idoso

Reserva UTI: Sim Idoso

Lateraisidade: Sim Idoso

Alto: Sim Idoso

Alto: Sim Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Cirurgia Realizada: Descompressão de hematócrito subdural

Informações: 3200 g

Sexo: M Sim Idoso

Pré-existe: Sim Idoso

Comorbidades: Sim Idoso

Reserva UTI: Sim Idoso

Lateraisidade: Sim Idoso

Alto: Sim Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Cirurgia Realizada: Descompressão de hematócrito subdural

Informações: 3200 g

Sexo: M Sim Idoso

Pré-existe: Sim Idoso

Comorbidades: Sim Idoso

Reserva UTI: Sim Idoso

Lateraisidade: Sim Idoso

Alto: Sim Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Cirurgia Realizada: Descompressão de hematócrito subdural

Informações: 3200 g

Sexo: M Sim Idoso

Pré-existe: Sim Idoso

Comorbidades: Sim Idoso

Reserva UTI: Sim Idoso

Lateraisidade: Sim Idoso

Alto: Sim Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Cirurgia Realizada: Descompressão de hematócrito subdural

Informações: 3200 g

Sexo: M Sim Idoso

Pré-existe: Sim Idoso

Comorbidades: Sim Idoso

Reserva UTI: Sim Idoso

Lateraisidade: Sim Idoso

Alto: Sim Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

Cirurgia Realizada: Descompressão de hematócrito subdural

Informações: 3200 g

Sexo: M Sim Idoso

Pré-existe: Sim Idoso

Comorbidades: Sim Idoso

Reserva UTI: Sim Idoso

Lateraisidade: Sim Idoso

Alto: Sim Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso

Alto: Idoso



GOVERNO DE MATO GROSSO DO SUL
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DO BRASIL"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

M62 150-3
Jansen

UNIDADE/SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: Anderson Barbosa de Costa - Hematologista Clínico

DATA/HORA:

PRESCRIÇÃO:

29/03/19

HORÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

OBSERVAÇÕES:

- 1) 1 litro de
- 2) Se 0,9% 1000 ml (N) 8,4%
- 3) Guarnição 400 mg (N) cada
- 4) Guarnição 1000 mg (N) 6/6h
- 5) vit. K1 20 mg (N) 12/12h
- 6) plavix 75 mg (N) 12/12h
- 7) Levofloxac 500 mg (N) 12/12h
- 8) Levofloxac 500 mg (N) 12/12h
- 9) Guarnição 400 mg (N) 12/12h
- 10) Guarnição 400 mg (N) 12/12h
- 11) Guarnição 400 mg (N) 12/12h
- 12) Guarnição 400 mg (N) 12/12h

Prescrição
OBRIGADA

PA 135 X 60
FC 72

630 Ref. de água a mesa do almoço
1000 ml de água a mesa do almoço
2000 ml de água a mesa do almoço

Matéria Médica
Enfermagem
FARMACOLOGIA



10-3

PRESCRIÇÃO DIÁRIA
Gottowals, P. H.
Sem efeitos máis.

Mou A 110-3

UNIDADE/SETOR:

QUARTO:

LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

Antônio Roberto da Costa - 101 Leonardo Heitor de Almeida

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA/HORA:

30/03/19

PRESCRIÇÃO:

1) Dita oral

2) SFA 48,500 mg (w) 6/6h

3) Clonazepam 1 mg (w) 12/12h

4) Dita oral (w) 6/6h

5) Dita oral (w) 6/6h 20mg

6) Dita oral (w) 6/6h 20mg

7) Dita oral (w) 6/6h 20mg

8) Dita oral (w) 6/6h 20mg

9) Dita oral (w) 6/6h 20mg

10) Dita oral (w) 6/6h 20mg

11) Dita oral (w) 6/6h 20mg

12) Dita oral (w) 6/6h 20mg

13) Dita oral (w) 6/6h 20mg

14) Dita oral (w) 6/6h 20mg

15) Dita oral (w) 6/6h 20mg

16) Dita oral (w) 6/6h 20mg

17) Dita oral (w) 6/6h 20mg

18) Dita oral (w) 6/6h 20mg

19) Dita oral (w) 6/6h 20mg

20) Dita oral (w) 6/6h 20mg

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

HORÁRIO:

OBSERVAÇÕES:

12:00 - 14:00

14:00 - 16:00

16:00 - 18:00

18:00 - 20:00

20:00 - 22:00

22:00 - 24:00

24:00 - 02:00

02:00 - 04:00

04:00 - 06:00

06:00 - 08:00

08:00 - 10:00

10:00 - 12:00

12:00 - 14:00

14:00 - 16:00

16:00 - 18:00

18:00 - 20:00

20:00 - 22:00

22:00 - 24:00

24:00 - 02:00

PA

PA



PA

PA

PA

PA

110-3

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DN					
PACIENTE		ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA					
AGNÓSTI		PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL					
ALERGIAS		N.D.N.					
IDADE		LEITO		110-3		DATA	
						31/jul/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA GERAL						500ml
2	RANITIDINA 50MG IV DE 8/H						12h, 18h, 24h
3	CEFTAZIDIMA 1G IV DE (12/12) (12/3)						12h, 18h, 24h
4	DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H						12h, 18h, 24h
5	PLASIL 10MG IV DE 8/8H SN						12h, 18h, 24h
6	CURATIVO CIRÚRGICO 1 X AO DIA						12h, 18h, 24h
7	RETIRAR DRENO 3 DIAS APÓS A CIRURGIA.						12h, 18h, 24h
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR						
17	100, 0,5 U/KG/6H ESCALONADA NO 22h, 24h, 26h						
18	100, 0,5 U/KG/6H ESCALONADA NO 22h, 24h, 26h						
19	GLUCOSE 40% 100ml						
20	AMPE PLATONIS						

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO).

	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Marcio Tiago O. Barbosa Neurocirurgião CRM- RR : 1496
6 H	120x70	70			
12 H	105x74	80		36°C	
18 H	110x70	80		36°C	
24 H	120x80	77		36,4°C	

12hs Pct. no leito, medicação cpm, diurese depropaganda de 500
75ml, aferido 88VV, segue aos cuidados

31/07/18 Paciente no leito aferido
88VV adm. medicação cpm

Maria Jesus Silva Duó
Téc. em Enfermagem
CRP - RR 3885-12

Insêta Santos da Silva
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 903885-12

02/10.3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
RORAIMA - 69200-000



PACIENTE: ROSE FLEISSNER DA SILVA COSTA
 AGNOSTA: PO CRANICTOMIA HEMATOMA SUBDURAL
 ALERGIAS: N.D.M.
 IDADE: 67 DATA: 02/ago/2019
 ITXV:

		HORARIO
2	NECESSARIEDADE	SND
3	CEPHALALGIA AGUDA DE 12/12/2018	12:00
4	EDIPRONA LAME IV DE 06/1	12:00
5	PLANILHA G.V.D. 80% V.	12:00
6	PLANILHA G.V.D. 80% V.	12:00
7	PLANILHA G.V.D. 80% V.	12:00
8		12:00
9		12:00
10		12:00
11		12:00
12		12:00
13		12:00
14		12:00
15	SE G.V.D. 80% V.	12:00
16	SE G.V.D. 80% V.	12:00
17	SE G.V.D. 80% V.	12:00
18	SE G.V.D. 80% V.	12:00
19	SE G.V.D. 80% V.	12:00
20	SE G.V.D. 80% V.	12:00

Dr. Sérgio Lammere
Neurocirurgião
CRM 1347
RORAIMA - 69200-000

ADRIANA
ATENÇÃO

EVOLUÇÃO MÉDICA
PO DE TRATAMENTO
06h

	PA	PO	PR	TEM
6 H	132/100	67	-	35.6
12 H	120/80	102	-	36.3
18 H	135/96	79	2A	36.4
24 H	130/87	87	-	35.9°C

Plantão noturno
acessado hoje, realizado
VV e medicações de horário.

h pot via leite feito
deleação com SSU
to sem queixas segue
os cuidados da enfermeira
e doite com 67000/107

Realizado medicação de
horário de acordo com
a prescrição médica, pt
encontra-se BEE, LOTE e segue
ao cuidados da enfermagem.
Marta Marques
CRM 986.957.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo n° 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: ANGELETON BARBOSA

Leito: 440-3

Data: 02/10/2018

Localização		Região: CABEÇA		Região:
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV 7* <input type="checkbox"/> Trauma: Tração <input type="checkbox"/> Outros:	Grau: I () II (X) <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV 7* <input type="checkbox"/> Trauma: Tração <input type="checkbox"/> Outros:	Grau: I () II () <input type="checkbox"/> Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo () Ortopedia
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarelada/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Permeável <input type="checkbox"/> Macerado () Seca () Fritema / Rubor	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarelada/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros:	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarelada/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros:
Pele Perifereira	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Outros:
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Seroso	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Purulento () Seroso () Sanguinolento <input type="checkbox"/> Outros:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Outros:	<input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Outros:
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros:	<input type="checkbox"/> Gaze () Colágeno/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros:
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> Diário
Profissional que realizou procedimento:	JUCI	Bruna B. Pereira Técnica de Enfermagem CARMEN 81835		
Observações:				

110-3

FACILITADOR		DATA	
ACOMODADO		03/ago/2010	
ALEITAMENTO		HORAS	
IDADE		100	
ITEM		500000	
		SLD	
		At 2.20h	
		12.11.21	
		SE 10h	
		Paciente	
		Além disso	

110-3
L. Ferreira
Técnica em Enfermagem
CORRENTINHA 928.888

50	110x80	80	20	36,1°C
120	130x90	80	-	35,8°C
170	120x80	78	-	36,2°C
210	110x80	44	20	36,3°C

18h paciente no leito
sem queixas, SSVU
em alterações das
vidas da enfer-
magem

Keith William de L. Ferreira
Técnica em Enfermagem
CORRENTINHA 928.888

110-03

SWD
SWD
20 16-11-03
12-11-03
SWD
notas
notas

Dr. Simão Lunêze
Nato em 1940
CRM-RJ 1347
RQE-RJ 196

{ sem aparelho de PA no litou.

resida.

Geleiriana da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN 220.775

61' 114x77 69 36,6
124x74 69 36,5

Paciente em repouso no leito. Administradas as medicações conforme horário da prescrição. Sem queixas. T

Geleiriana da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN 220.775

110-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DN	
PACIENTE	ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA		
AGNÓSTIC	PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL		
ALERGIAS	N.D.N		
IDADE	LEITO	110-3	DATA 05/ago/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA GERAL		
2	RANITIDINA 50MG IV DE 8/8H		
3	AVS		
4	DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H		
5	PLASB. 100MG IV DE 8/8H SN		
6	NINATS VITAM		
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
16	FOLHA COM FOLHA DE SEMENTE: 100-250-250-100		
17	FOLHA DE SEMENTE: 100-250-250-100		
18	FOLHA DE SEMENTE: 100-250-250-100		
19	FOLHA DE SEMENTE: 100-250-250-100		
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO).

	PA	FC	FR	TEMP
6H	130/80	73		36°C
12H	137x100	78		36°C
18H	130x90	70		
24H	118x84	79		36°C

07-33h Paciente no leito, estável, em de observação SSU.

Sigue cuidados de equipe. Kef

18h. Paciente no leito sem queixas
Adm. medicação com SSU.
aos cuidados de equipe

Kenany S. Vasconcelos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 1.248.354

06h. Afirmação sobre o bom
as medicações com

Edição de Roraima
11/08/2019

110-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DN	
PACIENTE	ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA		
AGNÓSTICO	PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL		
ALERGIAS	N.D.N		
IDADE	LEITO	110 -3	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA GERAL		
2	RANITIDINA 50MG IV DE 8/8H		
3	AVS		
4	DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H		
5	PLASIN. 10MG IV DE 8/8H RN		
6	SINAIS VITAIS		
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
16			
17			
18			
19			
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO). CD: Solicitar nova TC-cranio dia 10.08

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	120/63	79		35.4°C
12 H	13x6	69	—	36.3°C
18 H	120x60	83		36.8°C
24 H	120/63	83		36.15°C

11:10 Paciente no leito, M.E.P.
Verificado SSVV sem alterações.
Adm. med. cpm. ref. h/ queixas, SSVV realizado no período. T.C. realizada com 12-12-80640

110-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DN	
PACIENTE ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA			
AGNOSTICADO PC CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL			
ALERGIAS N.D.N.			
IDADE	LEITO	110-3	DATA 08/ago/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORARIO
1	DIETA GERAL		5N
2	CRANIOGEL 50MG IV DE 8/8H		8:00
3	AV3		11:00
4	DIPERONA 1 AMP. IV DE 8/8H		12:00
5	PLASIL 1000 IV DE 8/8H		12:00
6	SINAIS VITAIS		12:00
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM		12:00
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
17	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:
PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO), CD:
Solicitar nova TC-cranio dia 12.08

	PA	FC	FR	TEMP
6H	117x76	80	~	36
12H	120x93	76		36
18H	130x90	85		
24H	127x71	84		36,6

12:00 08/08/2019 - paciente acordado, orientado, sem náuseas, vômitos, alterações de consciência, sem alterações de vitalidade.

18:00 Paciente no leito -
calmo, consciente, orientado, sem náuseas, vômitos, alterações de consciência, sem alterações de vitalidade.

DR. MARCO A. SANTANA
Neurocirurgião
CRM-RR 375



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DN	
PACIENTE	ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA		
AGNÓSTIC.	PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL		
ALERGIAS	N.D.N.		
IDADE		LEITO	110-3 DATA 10/ago/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA GERAL		Sob S.
2	RANTIDEDNA 50MG IV DE 8/8H		08-16-22
3	AVS		07
4	DIPYRONA 1 AMP. IV DE 6/6H		12-18-22
5	PLASIL 10MG IV DE 8/8H SN		SN
6	SINAIS VITAIS		18-28-22
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM		Restrição
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
16	200 U. CONTINUA ESQUEMA FIO 200 U. 2x/dia		
17	400 U. 1x/dia FUI 200 U. 1x/dia 400 U. 1x/dia		
18	GLUCOSE 5% PL/MES 1000 - 3000 MG/DIA		
19	AVS AMPLIAR TEMPERATURA		
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PG DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO). CD:
Solicitar nova TC-cranio dia 12.08

	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	100x64	77	—	36.5
18 H	100x64	80	—	36.5
24 H	110x70	70		36.5



6 H NOV 30 20

34

6:00 Part. no leito, sem queixos, fôto
SSVI, admi. medicamentos aos cuidados da
Enfermeira Jem. 40

DR. MARIO IL SANTACRUZ
Neurocirujano
CRM-RR 973

110-3

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA			
		PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DN			
PACIENTE	ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA				
AGNÓSTI	PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL				
ALERGIAS	N.D.N.				
IDADE	LEITO	110-3	DATA	12/ago/2019	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA GERAL				24h
2	RANITIDINA 50MG IV DE 8/H				24h
3	AVS				24h
4	DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/H				24h
5	PLASTI. 10MG IV DE 8/H 12/H				24h
6	SINAIS VITAIS				24h
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM				24h
8	FISIOTERAPIA (ME)				24h
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR				
16	CONFORME ESQUEMA 10, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240, 250, 260, 270, 280, 290, 300, 310, 320, 330, 340, 350, 360, 370, 380, 390, 400, 410, 420, 430, 440, 450, 460, 470, 480, 490, 500, 510, 520, 530, 540, 550, 560, 570, 580, 590, 600, 610, 620, 630, 640, 650, 660, 670, 680, 690, 700, 710, 720, 730, 740, 750, 760, 770, 780, 790, 800, 810, 820, 830, 840, 850, 860, 870, 880, 890, 900, 910, 920, 930, 940, 950, 960, 970, 980, 990, 1000				
17	AVISAR ANTONIO				
18					
19					
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO), CD:

Solicitar nova TC-cranio dia 12.08

ainda com hematomas
residual

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	90/60	70	—	35.6°C
12 H	102/70	80	—	36°C
18 H	120/70	78	—	36.3°C
24 H	100/60	77	—	36.6°C

DR. MARIO J. SANTOS
Neurocirurgião
CRM-RR 371

As 12:00h: Paciente Calmo no leito realizado SSVV e CCOG. Refeto
Medicação CPM. segue aos cuidados da enfermagem. TC. Presc.

M

As 18:00 Presença no leito, calmo
consciente, hidratado, com pulso
moderado e saturação de oxigênio estável. Sinais vitais:

RAULSON
CRM-RR 371



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO

DN

PACIENTE

ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA

AGNOSTIC

PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL

ALERGIAS

N.D.N.

IDADE

LEITO

110-3

DATA

15/ago/2019

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA GERAL

2

KANITIDONA 500MG IV DS 8/311

3

AVS

4

DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/611

5

PLASII 10MG IV DT 8/311 SN

6

SINAIS VITAIS

7

CUIDADOS DE ENFERMAGEM

8

FISIOTERAPIA

9

RETRAR: PONTOS COURO CAPELÃO

10

ADA HOSPITALAR

11

12

13

14

15

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR

16

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR

17

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR

18

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR

19

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR

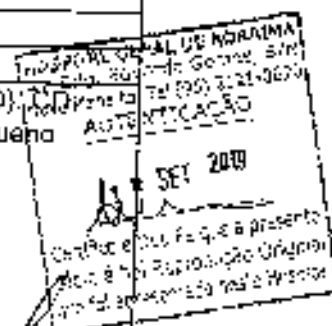
20

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMETOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO); TC crânio dia 12.08 nova tc persiste coleção subdural com pequena pneumoencefalo


Solicitar nova TC-crânio dia 12.08 nova tc persiste coleção subdural com pequena pneumoencefalo

pneumoencefalo



Dr. Fabricio Freitas de Almeida
Neurocirurgião
CRM RR 1407

404-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE ANDERFESON BARBOSA DA COSTA						
DIAGNÓSTICO FX RADIO DISTAL E						
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO 404-5		DATA 13/05/2019		
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter	
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				SUSPENSO	
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18:00	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6				18:00	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU O1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				22:00	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				S/N	
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)				S/N	
10	SSVV + CCGG 6/8 h. <i>Kolina</i>				S/N	
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG.				S/N	
14						
15						
16						
17						
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),					
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;					
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%					
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
	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

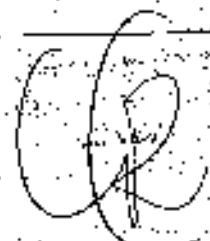
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS	PA	P	R	T
6 H				
12 H				
18 H	110/60	82	18	35.5°C
24 H				

6 H

deficit de funcionários



13.05.196, part no bloco,
Adequação medicamentosa e aferido
sinais vitais, segue para
Cuidados da enfermagem de
superfície.

COPIA PARA
COPIA PARA

Anderson

L104-5

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HGR	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		ANDERSON BARBOSA DA COSTA					
DIAGNÓSTICO		FX RÁDIO DISTAL E					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		404-5		DATA 14/05/2019	
TEM		PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE						HORÁRIO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO						SNV
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H						SUSPENSC
4	TILATIL 20MG EV 12/12H						
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6						
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU D1 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)						
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N						SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)						
10	SSVV + CCGG 6/6 H						
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 180 E/OU PAD > 110 MMMHG.						SN
14							
15							
16							
17							
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).						
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;						
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50%						
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
	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				
12 H	130/110	88	SPK	36.8
18 H	130/91	104	S/R	36.5
24 H	120/78	74		36.0

Dr. Fernando Bezende
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia

Nome Completo: Anderson Barbosa da Silva Data: 14-05-19 Enfermidade: 4044 Sexo: M Idade: 40
 Hipótese Diagnóstica: F-X Nódulo Pulmão E
 Localização do Procedimento: Sim Qual (R): Qual (R):
 Alergia: Sim () Não Qual (R): Qual (R):
 Necessidade de Intervenções: Sim () Não Qual (R): Qual (R):
 Possui acompanhamento: Sim () Não Obs: Obs:
 Deambulação: Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Confinado/ambulatorio

SISTEMA NEUROLÓGICO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
<input checked="" type="checkbox"/> Consciência	<input checked="" type="checkbox"/> Orientação	<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Bradicardia	<input checked="" type="checkbox"/> Taquicardia
<input checked="" type="checkbox"/> Sadiço	<input checked="" type="checkbox"/> Torção	<input checked="" type="checkbox"/> Comelusão	<input checked="" type="checkbox"/> Anomiotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertensão
<input checked="" type="checkbox"/> Agitado	<input checked="" type="checkbox"/> Resposta a estímulos	<input checked="" type="checkbox"/> Não respo	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cade	<input checked="" type="checkbox"/> Fibrilante	<input checked="" type="checkbox"/> Arritmia
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
<input checked="" type="checkbox"/> Pupilas reagentes	<input checked="" type="checkbox"/> Mioticas	<input checked="" type="checkbox"/> Mioticas	<input checked="" type="checkbox"/> SNG/SOG	<input checked="" type="checkbox"/> SNE/SCE	<input checked="" type="checkbox"/> SII
<input checked="" type="checkbox"/> Escleróticas	<input checked="" type="checkbox"/> Anisocóricas	<input checked="" type="checkbox"/> Anisocóricas	<input checked="" type="checkbox"/> Auscultação da digestão	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Parcial
PRÉCILIÇÃO TÉRMICA			EVALUAÇÃO		
<input checked="" type="checkbox"/> Afebril	<input checked="" type="checkbox"/> Hipotermia	<input checked="" type="checkbox"/> Hipertermia	<input checked="" type="checkbox"/> Presença	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Coostomia
<input checked="" type="checkbox"/> Febril	<input checked="" type="checkbox"/> Febre	<input checked="" type="checkbox"/> Pirólise	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Diarreia	<input checked="" type="checkbox"/> Mela
<input checked="" type="checkbox"/> Hiperpirexia			<input checked="" type="checkbox"/> Fecul	<input checked="" type="checkbox"/> Presença	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente
CAROL - PRÍSTICAS NA PELE			REGULAÇÃO RENAL		
<input checked="" type="checkbox"/> Hidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Bessieria	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input checked="" type="checkbox"/> Distúrbio	<input checked="" type="checkbox"/> Glóbulos
<input checked="" type="checkbox"/> Mu. acorçada	<input checked="" type="checkbox"/> Hialocorçada	<input checked="" type="checkbox"/> Hialocorçada	<input checked="" type="checkbox"/> Anisocóricas	<input checked="" type="checkbox"/> Anisocóricas	<input checked="" type="checkbox"/> Trombocitose
<input checked="" type="checkbox"/> Anisocóricas	<input checked="" type="checkbox"/> Ictéricas	<input checked="" type="checkbox"/> Cianóticas	<input checked="" type="checkbox"/> Buidos pulmonares	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente	<input checked="" type="checkbox"/> Ausente
<input checked="" type="checkbox"/> Edematosas	<input checked="" type="checkbox"/> Edema local		<input checked="" type="checkbox"/> Visceromegalias	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Úlcera por pressão	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não			
<input checked="" type="checkbox"/> Ruído					
<input checked="" type="checkbox"/> Curativo realizado	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não			
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
<input checked="" type="checkbox"/> Espirais	<input checked="" type="checkbox"/> Bradipneia	<input checked="" type="checkbox"/> Taquipneia	<input checked="" type="checkbox"/> Dispneia	<input checked="" type="checkbox"/> Ar. ambiente	<input checked="" type="checkbox"/> Traqueostomia
<input checked="" type="checkbox"/> Oxigenoterapia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/ORTESES E PROTÊSES					
<input checked="" type="checkbox"/> Cateter Periférico	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Local	<input checked="" type="checkbox"/> Data	<input checked="" type="checkbox"/> Troca de...
<input checked="" type="checkbox"/> Cateter Central	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Local	<input checked="" type="checkbox"/> Curva de...	<input checked="" type="checkbox"/> Troca de...
<input checked="" type="checkbox"/> Sinal de injeção no sítio de punção	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não			
<input checked="" type="checkbox"/> Sondas	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> SNE	<input checked="" type="checkbox"/> SII
<input checked="" type="checkbox"/> Drenos	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> SNE	<input checked="" type="checkbox"/> SII
<input checked="" type="checkbox"/> Cateter Vesical	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> SNE	<input checked="" type="checkbox"/> SII
<input checked="" type="checkbox"/> Prótese	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> SNG	<input checked="" type="checkbox"/> SNE	<input checked="" type="checkbox"/> SII
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
<input checked="" type="checkbox"/> Degradação prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Padrão respiratório prejudicado	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de lesão por pressão	<input checked="" type="checkbox"/> Padrão de nutrição prejudicado	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de infecção	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input checked="" type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de contaminação	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de desidratação da pele prejudicada	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de contaminação	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de contaminação
<input checked="" type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio da volêmica	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de contaminação	<input checked="" type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de contaminação	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de contaminação
<input checked="" type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input checked="" type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de contaminação	<input checked="" type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de contaminação	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de contaminação
<input checked="" type="checkbox"/> Volume de líquidos deficitário	<input checked="" type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de contaminação	<input checked="" type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de contaminação	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de contaminação
Escala de Morse					
1. História de Queda	2. Orientação Secundária	3. Atividade de Deambulação	4. Estado Mental	5. Orientação secundária/conhecimento de limitações	6. Supercorrelação/espontânea/espontânea
<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Normal/sem deambulação	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Confinado/ambulatorio	<input checked="" type="checkbox"/> Confinado	<input checked="" type="checkbox"/> Não Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Não Orientado
7. Risco de Queda	8. Risco de Queda	9. Risco de Queda	10. Risco de Queda	11. Risco de Queda	12. Risco de Queda
<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Não
<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Sim
13. Risco de Queda	14. Risco de Queda	15. Risco de Queda	16. Risco de Queda	17. Risco de Queda	18. Risco de

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	ANDERSON BARBOSA DA COSTA				
DIAGNÓSTICO	FX RADIO DISTAL E				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO		404-5	DATA	16/05/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	CEFALOTINA 1G EV 8/6H				SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				
5	DIPIRONA 2ML EV 8/6				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				
14					
15					
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
	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

Alta hosp

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				



Assinado por: *[Assinatura]*

Transf. 22/10/81

SUS

Sistema
União de
Saúde

Administração
de
Saúde

NIR

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

3 - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

4 - NOME DO PACIENTE

5 - IDENTIFICAÇÃO DO DOENADO (DMS)

6 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

7 - ENDEREÇO DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

8 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

9 - DATA DE NASCIMENTO

10 - SEXO

11 - TIPO DE DOENÇA

12 - DATA DE INÍCIO DOS SINTOMAS

13 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

14 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

15 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

16 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

17 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

18 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

19 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

20 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

21 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

22 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

23 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

24 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

25 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

26 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

27 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

28 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

29 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

30 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

31 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

32 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

33 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

34 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

35 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

36 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

37 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

38 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

39 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

40 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

41 - DATA DE INÍCIO DA INTERNAÇÃO

10074

1599

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

140010

SÉTOR: PAAR	ENFERMARIA:	LEITO:	DN	DEICR:
NOME DO PACIENTE	NÚBIA LIMA			
UID:	123456789			
DATA/HORA	21-8-19			

PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
------------	---------

1	500 mg	8/18	22:45
---	--------	------	-------

2	Leotetomine	100 mg	11/12
---	-------------	--------	-------

3	Leotetomine	100 mg	11/12
---	-------------	--------	-------

4	Leotetomine	100 mg	11/12
---	-------------	--------	-------

5	Leotetomine	100 mg	11/12
---	-------------	--------	-------

6	Leotetomine	100 mg	11/12
---	-------------	--------	-------

7	Leotetomine	100 mg	11/12
---	-------------	--------	-------

8	Leotetomine	100 mg	11/12
---	-------------	--------	-------

9	Leotetomine	100 mg	11/12
---	-------------	--------	-------

10	Leotetomine	100 mg	11/12
----	-------------	--------	-------

11	Leotetomine	100 mg	11/12
----	-------------	--------	-------

12	Leotetomine	100 mg	11/12
----	-------------	--------	-------

13	Leotetomine	100 mg	11/12
----	-------------	--------	-------

14	Leotetomine	100 mg	11/12
----	-------------	--------	-------

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR			
Até 200 U	301 - 350 U	351 - 400 U	401 - 450 U
201 - 250 U	251 - 300 U	301 - 350 U	351 - 400 U
401 - 450 U	451 - 500 U	501 - 550 U	551 - 600 U

GL 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL

REGISTRO DE ENFERMAGEM			
------------------------	--	--	--

SINAIS VITAIS	06h	12h	18h	23h
---------------	-----	-----	-----	-----

PA	108/70	110/70	112/70	110/70
----	--------	--------	--------	--------

FC	108	110	112	110
----	-----	-----	-----	-----

Tax	36.4%	36.4%	36.4%	36.4%
-----	-------	-------	-------	-------

FR	16	16	16	16
----	----	----	----	----

Diurese	+	+	+	+
---------	---	---	---	---

Dextro	+	+	+	+
--------	---	---	---	---

Insulina	Regular	Regular	Regular	Regular
----------	---------	---------	---------	---------

ONG	Regular	Regular	Regular	Regular
-----	---------	---------	---------	---------

Dreno	Regular	Regular	Regular	Regular
-------	---------	---------	---------	---------

Diurese	+	+	+	+
---------	---	---	---	---

Diurese	+	+	+	+
---------	---	---	---	---

Diurese	+	+	+	+
---------	---	---	---	---

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA



SECTOR: PAAR	ENFERMARIA:	LEITO:	DN:	DIAGNÓSTICO:
NOME DO PACIENTE: ANDERSON BARBOSA DA COSTA				
DIAGNÓSTICO: SIND. FÉBRIL. ALE				
DATA/HORA	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
22/08/2019	1. DIETA ORAL. LÍQUIDA			22/08
	2. AVT			22/08
	3. SFO 9% 500 ML EV DE 12H2 II			22/08
DN	4. CLAVUDIN 1G EV 8/8H			22/08
	5. OMEPRAZOL 40 MG VO QD EV PELA MANHÃ			22/08
	6. DIPIRONA 1G EV 6/6HS SN			22/08
	7. PLASIV 10MG EV 8/8H SE NÃO OSEAS DO VÔMITOS			22/08
	8. CAPTOPRIL 25MG VO SE PA>=160/100MMHG			22/08
	9. GLUCOSE 50% 40ML EV SE DX<=70MG/DL			22/08
	10. SSVV 6/6H - CCGG			22/08
	11. FRAMMAL 100MG - SFO 9% 100ML TV 8/8HS SN			22/08

Anders Barbosa da Costa
22/08/2019 15:04

ESQUEMA DE INSULINA REGULAR			
Até 200: 0	301 - 350: 06 UI		
201 - 250: 02 UI	351 - 400: 08 UI		
251 - 300: 04 UI	> 401: 10 UI	Chamar Furosilina	
CII 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL			

REGISTRO DE ENFERMAGEM				
SINAIS VITAIS				
Horário	06h	11h	17h	23h
PA		100x40		
FC		96		
Tax		96/dt		
FR				
Exame físico				
Diurese				
Dextro		138		
Insulina Regular				
SNG				
Dreno				

Marta Helena L. Silva Chaves
Técnica em Enfermagem
COPEN-RR 073.397 1º

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/HLI

Eu André Luiz Salazar de Lencastre come

Sou informado que presente Termo de Consentimento esclareceu tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is)erei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

- 1.) Foi informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
- 2.) Fui informado que podem ocorrer eventual necessidade de transferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário o, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médico hospitalar necessária estou sendo transferido para Hospital de Retaguarda;

5.) Autoriza qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirma que recebi explicações, li, compreendi, autoriza e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, ____ de ____ de 20 ____

Assinatura do paciente:

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____ (Assinatura de Parentesco)

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s) procedimento(s) acima descritos. Acrescento que o paciente/responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, ____ de ____ de 20 ____ Hora: ____

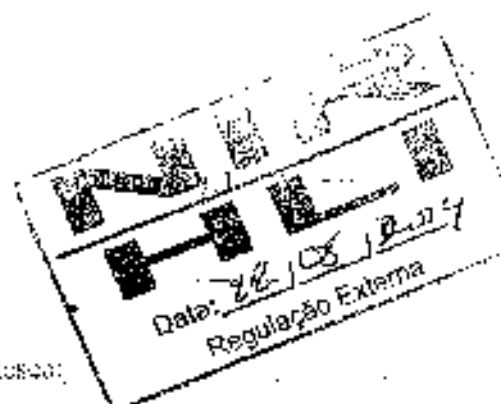
Nome Completo: _____

Assinatura do Médico Regulator

Carlos Roberto de Sá

Assinatura do Médico Regulator

CRM



LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

HOSPITAL		10.074	
NOME DO PACIENTE Anderson Barbosa da Costa			
ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		MUNICÍPIO	UF
R. Ademário Santos nº 502. Lourdes		BV	RE
CPF	DATA NASCIMENTO	SEXO:	CONDIÇÃO:
	14.12.77	MASCULINO <input checked="" type="checkbox"/> FEMININO	CONJUGE <input type="checkbox"/> FILHO <input type="checkbox"/> IRMÃO <input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/>
		1	2
		3	4
Nº C.F.C.I.	Nº REGISTRO DE NASCIMENTO	PIS/PASEP/Individual	
NOME DO RESPONSÁVEL Maria de Fátima Barbosa da Costa			
Nº DA C.A.T.	C.G.C.I.XX EMPREGADOR		
CPF MED. SOLIC.	PROC. SOLICITADO	CART. INT.	DATA EMISSÃO
07066374			02.06.08
CPF MED. RESP.		ASS. MED. R-SP.	

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Hipertensão arterial + cardiopatia

CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Insuficiência cardíaca

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICA

Arteriosclerose + Exame físico

DIAGNÓSTICO INICIAL

Hipertensão arterial + Cardiopatia

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Medicamentos + Exame físico

ASS. E CAR. MED. DO MÉDICO SOLICITANTE EXAMINADOR

CRM

88884

DATA

02/06/08

CLÍNICA

CIRURGIA

1 ☒

PSIQUIATRIA

4 ☐

OBSTETRICIA

2 ☐

FISIOLÓGICA

5 ☐

CLÍNICA MÉDICA

3 ☐

PEDIATRIA

6 ☐



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

20. Hospital de São Paulo + Hospital de São Paulo

QUARTO 18

LEITO 4

Nº DO REGISTRO

10074

UNIDADE/SECTOR:

H.C.R.

NOME DO PACIENTE:

Anderson Costa Ramos

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL:

Dr. Celso Roberto + Equipe

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO

HORARIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÕES

01/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

02/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

03/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

04/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

05/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

06/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

07/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

08/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

09/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

10/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

11/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

12/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

13/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

14/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

15/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

16/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

17/01/2008 08:00

200

10:00

10:00

18/01/2008 08:00

200

10:00

10:00



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
* 03/06/08 07:25h	<p>Nome: Anderson Costa Gomes.</p> <p>Prima vez em meio de quadro de crise de sono quando nota diminuição em região inguinal (D), e irradiação p/ região de coxa lateral (D), queixa álgica moderada, que recebe espontaneamente.</p> <p>Neg. outros sintomas, neg. uso de álcool ou tabaco.</p> <p>AR: sat. 100%</p> <p>ACV: sat. 100%</p> <p>Med: febre, dor, HA (D), Al 1006, com Al. med. de urtária múltipla.</p> <p>(Ant. inguinal e coxa lateral, a mancha de urticária pruriginosa de forma regular intensa (D) + chiame umbilical de pequeno tamanho.</p> <p>Ed: urticária coxa lateral.</p> <p>Neg. uso de medicamentos controlados.</p> <p>Neg. alergia p/</p>
04/06/08 7:20h	<p>DR. Haroldo Costa, Especialista em Hepatologia e Hematologia, realizou ex. físico de R. 10.</p> <p>No exame físico - e de dor local nos fúndos</p>

Assinatura Responsável
COREN Nº

Dra. Juliana Affonso
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM-RR 1002

NOME DO PACIENTE	APT. OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Anderson Machado da Costa 30 ^o	118-4	10.024	03.10.1988

CIRURGIA

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO		
TIPO		INÍCIO	FIN	TEMPO TOTAL
Histeria Inguinal D		08:35	10:00	
EQUIPE MÉDICA				

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA
Dr. <i>W. L. Costa</i>	Dr. <i>Eudes</i>
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
Ad. <i>Carrizoso</i>	
2º AUXILIAR	CIRCULANTE
Ad. <i>Brieno</i>	<i>Fábio</i>

TEMA DE IMRACÃO

Tipo de Anestesia Sed. Geral	Tempo de Duração 15 min
---------------------------------	----------------------------

TIPO DE ANESTESIA		VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
Q. ANST.	MATERIAIS				
	CATGUT SIMPLES N°			HORAS DE OXIGÊNIO	
17	CATGUT SIMPLES N° 2-0		1	FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO % de	
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO <i>100 ml / 100 ml / 500 ml</i>	
7	CATGUT N°			FRASCO SORO GLICOSADO % de	
	CATGUT CROMADO N° 2-0			FRASCO SORO GLICOSA % de	
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA % de	
	CATGUT ATRAUMÁTICO REJO		3	STAXEDIL	
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FIJO THANE	
	FIOS DE SELA N°		1	PENICILINA	
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTRANTE	
10	MUNONYLON COM AGULHA 2.0, 3.0			ETER	
	MUNONYLON SEM AGULHA			ATROPINA	
100	UNIDADES DE GAZE			PROSTGMINA	
1	PARS DE LUVAS N° 7 1/2 / 8 1/2			THIONEMBUTA	
	EQUIPOS PARA SORO <i>PROCTO</i>			MARCAÍNA	
	ROLOS DE ESPARADRAPO			INOVAL	
	DRENOS N°			GLICOSE %	
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA	
	AGULHAS			MERTHIOLATE	
170	COMPRESSAS			MERCÚRIO CROMO	
7	LÂMINAS PARA BISTURI 20/10		± 20ml	<i>PVP 1% Tópico</i>	
7	<i>Seringa sul 110ml</i>		± 20ml	<i>Alcool 70%</i>	
	SOMA			SOMA	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS NA SALA DE CIRURGIA - CUSTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITO NA C.C. DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADO(A)	EMPENHO DE C.C.	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB-TOTAL
		TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA ..	
PRONÓSTICO, CÁLCULOS	FUNIONÁRIO, C.C. DO PACIENTE RETO O LANÇAMENTO		SOMA
		EMTE ESTE FUNDAMENTO A CONTABILIDADE	

BOLETIM OPERATÓRIO

Andrésson Costa Pereira
118-4 Pat 10074

Data 03/08/2008

O.S. 05

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Hernia Inguinal (D) + contusão

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Hernioplastia Laparoscópica (D) + contusão

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

Levofloxac 2g

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

Hernia Inguinal Nylon (D) + contusão

CIRURGIÃO:

Dr. Andrésson

1º AUXILIAR:

Dr. Ad. Casanova

2º AUXILIAR:

Dr. Bruno Nóbrega

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

Raquelino de Azevedo

ANESTESISTAS:

Dr. Roberto

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

8:20

FIM:

9:35

DURAÇÃO:

1h 15min

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Antissepsia e asspsia;
- 2) Incisão Inguinal
- 3) Dissecção da parede anterior do abdome
- 4) Identificação dos vasos e nervos
- 5) Incisão medial a vasos e nervos inferiores
- 6) Incisão dos músculos do abdome superior
- 7) Incisão para a hernia
- 8) Identificação do tipo de hérnia
- 9) Redução da hérnia
- 10) Redução da hérnia
- 11) Redução da hérnia
- 12) Redução da hérnia
- 13) Redução da hérnia



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

FICHA DE ANESTESIA

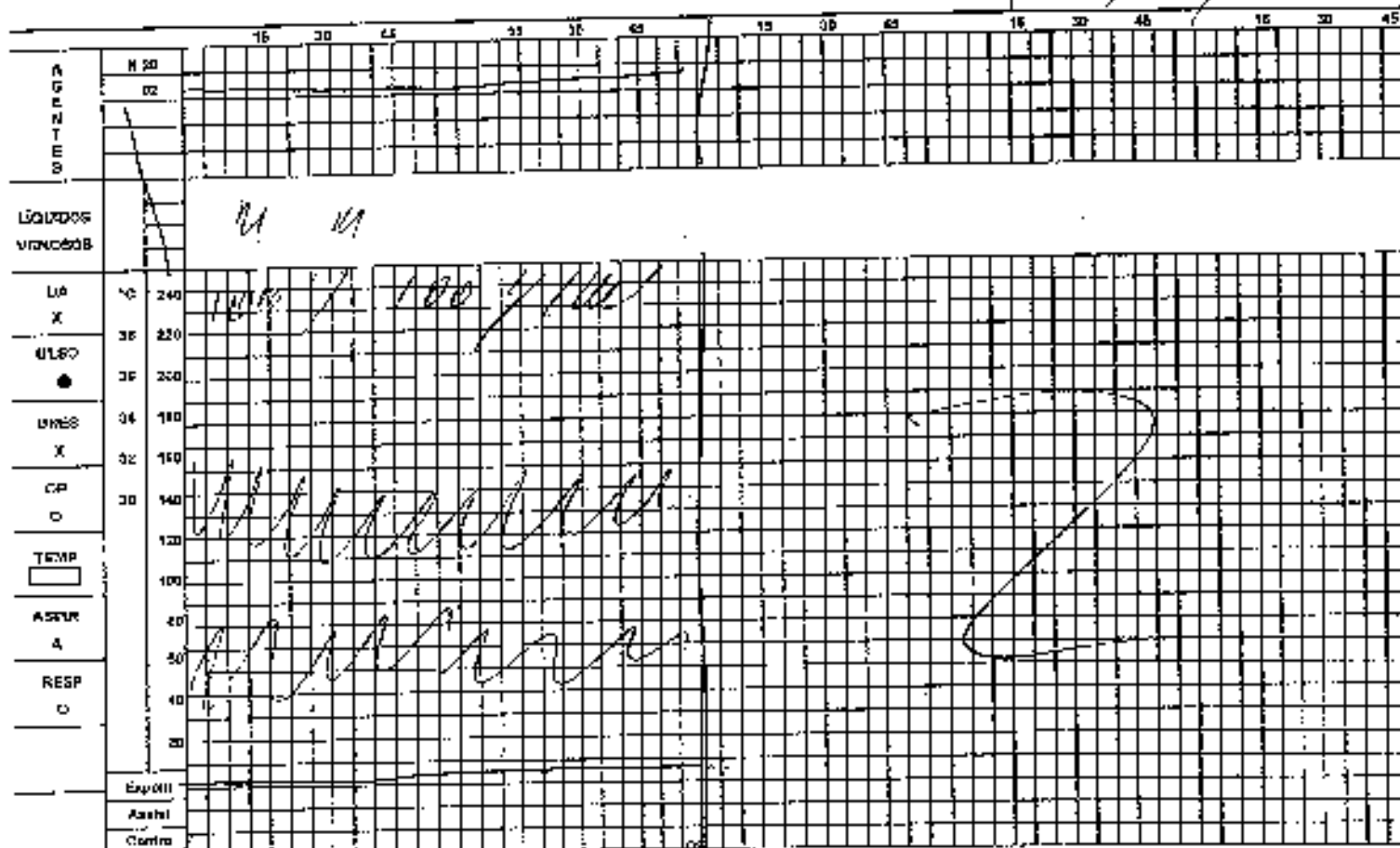
Induana Costa

30/05/08

PRE-MEDICAÇÃO: DRUGA - DOSE - JICRA - EFEITO

Nº

316/08



SINARLOS

AGENCIAS	DOSES	TECNICAS	ANEXOS
A			
B			
C			
D			
E			
F			
G			
GLUCOSE	QUANTOS	Clauda - Mão / Oro Farolito	
VDOP		Koso / Ombro - Caga	
SANGUE		Bul - Tarp - Coluna do Tuba	
		Sob Mascara	
		Dificuldade Técnica	
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
ANESTESISTA	CÓDIGO	QUIRÓFANO	PERDA SANGÜÍNEA



GOVERNO DO ESTADO DE RIO DE JANEIRO
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Realma - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300

1ª Classificação: ☒ VERDE

☐ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Escuro

☐ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Escuro

Raquel L. Sales
☐ Vermelho
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Escuro

801134414

11/07/2019 14:16:01

FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA

DIURNO 07-19

140

Paciente

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

Data Nascimento

14/12/1977

Idade

41 A 6 M 28 D

CNS

700502301247350

GPF

44695152215

Prontuário

00010076

Tipo Doc

Documento

Órgão Emissor

Data Emissão

Sexo

M

Estado Civil

Paar/Car

Naturalidade

Nacionalidade

BRASILEIRA

IDENTIDADE

132839

Nome

MARIA DE FATIMA BARBOSA DACOSTA

Pat

JOSE RODRIGUES DA COSTA

Contato

(95) 89169-8401

Endereço

RUA - CASIMIRO DE ABREU - 87 - CANARINHO - BOA VISTA - RR

Ocupação

NÃO INFORMADA

Class. de Risco

VERDE

Plano Convênio

SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº de Controle

Validade

Autorização

Sis. Prontuário

Motivo do Atendimento

Caráter do Atendimento

Profissional do Atend.

Procedência

Temp.

Pago

Pressão

SPA - PRONTO ATENDIM

URGÊNCIA

Sector

Tipo de Chegada

Procedimento Sol.

36.60

120 x 80

PRONTO ATENDIMENTO

DEMANDA ESPONTANEA

Registrado por:

CASSIO LIMA

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril

☐ Sintomas Respiratórios

☐ Suspeita de Dengue

RETORNO PARA REAVALIAÇÃO MÉDICA APEDIDO DO DR NUNES; DORMENCIA EM MSE e MIE;

Anamnese da Enfermagem

NEGA HAS; NEGA DM; NEGA ALERGIA A MEDICAMENTOS

GSC

AD: 1234 RM: 12345 MRV: 128456

TOTAL

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) h)

Exame Físico

Polifarmácia com J Antic

*Uter 1 semana início de manifestação
& paroxismo febril 15.*

Hipótese Diagnóstica

Doença febril

T.C. - febre H mais colica

SADT - Exames Complementares

☐ RAO-X

☐ ULTRA-SON

☐ TC

☐ SANGUE

☐ URINA

☐ ECG

☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

*Prescrição Individual Cronica
Omgua a manha*

Conduta

☐ Alta por Declaração Médica

☐ Alta a Pedido

☐ Alta a Revolta

☐ Transferência para

☐ Ambulatório

☐ Observação (Até 24h)

☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não

Destino: ☐ Família

☐ IM, Antagonia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico

Impressão por: ror.teon
Data Hora: 11/07/2019 14:22:19

Impressão por: ror.teon
Data Hora: 11/07/2019 14:22:19



BLOCO A *Alta* : 15/07/19



SUS

Sistema
Único de
Saúde

Ministério
da
Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DECLARAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - NOME DO PACIENTE

6 - Nº DO HISTÓRICO

7 - DATA DO EXAME (DD/MM/AAAA)

8 - DATA DE NASCIMENTO

10 - NOME DA MÃE (OUTRO RESPONSÁVEL)

11 - N.º LEVANTE DE FÓRTO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

14 - CDD. 1226 NÚMERO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

*Hemiparesia e Esquecimento
hemisfério esquerdo cerebral*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

21 - CID 10



PROCEDIMENTO SOLICITADO

22 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

23 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

24 - CLÍNICA

25 - CATEGORIA DA INTERNAÇÃO

26 - DOCUMENTO

27 - Nº DO DOCUMENTO (UNBPH) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

29 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

30 - ASSINATURA E GRAMADO DO REGISTRO DO CONSELHO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

31 - DATA DO ACIDENTE

32 - CDD DA SEGURADORA

33 - Nº DO PRÉ-HISTÓ

34 - CDD

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

36 - CNPJ EMPRESA

37 - CDD DA EMPRESA

38 - CDD

39 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

EMPREGADO

PREVIDENCIADO

AUTÔNOMO

DESEMPREGADO

APRESENTADO

NÃO DECLARADO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

42 - CDD DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

43 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

44 - DATA

45 - ASSINATURA E GRAMADO DO REGISTRO DO CONSELHO

*0403010306
I620*

12/07

André Fern. Boudier de Certe

Don't have a car

five four three 12/1 in

Enrico VIII

Disminuido 49%

Delhi. V.
Chandla G.
Chandla G.
Chandla G.

DR. MARIO J. SAKAGUCHI
Neuroscientist
SAB-PRK 375

100-27
27-100

- Unintended harm to patients and the environment

procedimento amministrativo

arrived at the residence

2084

9-5-11-78

45

Amesbury

ප්‍රකාශන: 1997

Introduction

07X27553

Senador Celso Ribeiro
ENFERMEIRO
CURTIN-RR-273422

U.S. Citizenship and Immigration Services
 ENF-P.R. 273022

CUR

BOLETIM OPERATÓRIO

Anderson Baroni Lima

Data: 12, 07, 19

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: histerectomia subtotal com anexos
 INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Hipertrofia uterina
 TIF DE INTERVENÇÃO: Criectomia / drenagem
 MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
 DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Mário S. J. Silva 1º AUXILIAR: _____
 2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
 3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: gto / pto
 ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
 INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Insuflação de fralda por /
- Criectomia
- histerectomia
- apertura de drenagem
- apertura de capsula
- Amarração de utero histerectomia
- fechamento por plano

Dr. Mario S. J. Silva
 CRM-SP 373



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO

Secretaria de Saúde e Defesa do Cidadão

ASA 2 E

FICHA DE ANESTESIA

ANDERSON BARBOSA DA COSTA

12/07/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - VOLUME - EFEITO

- Nitroglicerina 25 mg (10)
- Propofol 50 mg (10)

Nº

BUB - 2R

A	N 20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	205	210	215	220	225	230	235	240	245	250	255	260	265	270	275	280	285	290	295	300	305	310	315	320	325	330	335	340	345	350	355	360	365	370	375	380	385	390	395	400	405	410	415	420	425	430	435	440	445	450	455	460	465	470	475	480	485	490	495	500	505	510	515	520	525	530	535	540	545	550	555	560	565	570	575	580	585	590	595	600	605	610	615	620	625	630	635	640	645	650	655	660	665	670	675	680	685	690	695	700	705	710	715	720	725	730	735	740	745	750	755	760	765	770	775	780	785	790	795	800	805	810	815	820	825	830	835	840	845	850	855	860	865	870	875	880	885	890	895	900	905	910	915	920	925	930	935	940	945	950	955	960	965	970	975	980	985	990	995	1000

ANESTÉSICO	DOSE	TECNICA	ANESTÉSICO
A - Nitroglicerina 0,25g	50 mg	ANESTESIA GERAL	2 - Check bit hemostático, pulso, saturação e pressão.
B - Propofol 1,0g	100 mg	com monitorização basal	3 - O2 sob cm al. pulm.
C		sem monitorização	4 - monitorização básica.
D		com monitorização	5 - Nitroglicerina 2g (10)
E		com monitorização	6 - Propofol 0,2g (10)
F		com monitorização	7 - Cetorolaco 4g (10)
G		com monitorização	
H		com monitorização	
I		com monitorização	
J		com monitorização	
K		com monitorização	
L		com monitorização	
M		com monitorização	
N		com monitorização	
O		com monitorização	
P		com monitorização	
Q		com monitorização	
R		com monitorização	
S		com monitorização	
T		com monitorização	
U		com monitorização	
V		com monitorização	
W		com monitorização	
X		com monitorização	
Y		com monitorização	
Z		com monitorização	
AA		com monitorização	
AB		com monitorização	
AC		com monitorização	
AD		com monitorização	
AE		com monitorização	
AF		com monitorização	
AG		com monitorização	
AH		com monitorização	
AI		com monitorização	
AJ		com monitorização	
AK		com monitorização	
AL		com monitorização	
AM		com monitorização	
AN		com monitorização	
AO		com monitorização	
AP		com monitorização	
AQ		com monitorização	
AR		com monitorização	
AS		com monitorização	
AT		com monitorização	
AU		com monitorização	
AV		com monitorização	
AW		com monitorização	
AX		com monitorização	
AY		com monitorização	
AZ		com monitorização	
BA		com monitorização	
BB		com monitorização	
BC		com monitorização	
BD		com monitorização	
BE		com monitorização	
BF		com monitorização	
BG		com monitorização	
BH		com monitorização	
BI		com monitorização	
BJ		com monitorização	
BK		com monitorização	
BL		com monitorização	
BM		com monitorização	
BN		com monitorização	
BO		com monitorização	
BP		com monitorização	
BQ		com monitorização	
BR		com monitorização	
BS		com monitorização	
BT		com monitorização	
BU		com monitorização	
BV		com monitorização	
BW		com monitorização	
BX		com monitorização	
BY		com monitorização	
BZ		com monitorização	
CA		com monitorização	
CB		com monitorização	
CC		com monitorização	
CD		com monitorização	
CE		com monitorização	
CF		com monitorização	
CG		com monitorização	
CH		com monitorização	
CI		com monitorização	
CJ		com monitorização	
CK		com monitorização	
CL		com monitorização	
CM		com monitorização	
CN		com monitorização	
CO		com monitorização	
CP		com monitorização	
CQ		com monitorização	
CR		com monitorização	
CS		com monitorização	
CT		com monitorização	
CU		com monitorização	
CV		com monitorização	
CW		com monitorização	
CX		com monitorização	
CY		com monitorização	
CZ		com monitorização	
DA		com monitorização	
DB		com monitorização	
DC		com monitorização	
DD		com monitorização	
DE		com monitorização	
DF		com monitorização	
DG		com monitorização	
DH		com monitorização	
DI		com monitorização	
DJ		com monitorização	
DK		com monitorização	
DL		com monitorização	
DM		com monitorização	
DN		com monitorização	
DO		com monitorização	
DP		com monitorização	
DQ		com monitorização	
DR		com monitorização	
DS		com monitorização	
DT		com monitorização	
DU		com monitorização	
DV		com monitorização	
DW		com monitorização	
DX		com monitorização	
DY		com monitorização	
DZ		com monitorização	
EA		com monitorização	
EB		com monitorização	
EC		com monitorização	
ED		com monitorização	
EE		com monitorização	
EF		com monitorização	
EG		com monitorização	
EH		com monitorização	
EI		com monitorização	
EJ		com monitorização	
EK		com monitorização	
EL		com monitorização	
EM		com monitorização	
EN		com monitorização	
EO		com monitorização	
EP		com monitorização	
EQ		com monitorização	
ER		com monitorização	
ES		com monitorização	
ET		com monitorização	
EU		com monitorização	
EV		com monitorização	
EW		com monitorização	
EX		com monitorização	
EY		com monitorização	
EZ		com monitorização	
FA		com monitorização	
FB		com monitorização	
FC		com monitorização	
FD		com monitorização	
FE		com monitorização	
FF		com monitorização	
FG		com monitorização	
FH		com monitorização	
FI		com monitorização	
FJ		com monitorização	
FK		com monitorização	
FL		com monitorização	
FM		com monitorização	
FN		com monitorização	
FO		com monitorização	
FP		com monitorização	
FQ		com monitorização	
FR		com monitorização	
FS		com monitorização	
FT		com monitorização	
FU		com monitorização	
FV		com monitorização	
FW		com monitorização	
FX		com monitorização	
FY		com monitorização	
FZ		com monitorização	
GA		com monitorização	
GB		com monitorização	
GC		com monitorização	
GD		com monitorização	
GE		com monitorização	
GF		com monitorização	
GG		com monitorização	
GH		com monitorização	
GI		com monitorização	
GJ		com monitorização	
GK		com monitorização	
GL		com monitorização	
GM		com monitorização	
GN		com monitorização	
GO		com monitorização	
GP		com monitorização	
GQ		com monitorização	
GR		com monitorização	
GS		com monitorização	
GT		com monitorização	
GU		com monitorização	
GV		com monitorização	
GW		com monitorização	
GX		com monitorização	
GY		com monitorização	
GZ		com monitorização	
HA		com monitorização	
HB		com monitorização	
HC		com monitorização	
HD		com monitorização	
HE		com monitorização	
HF		com monitorização	
HG		com monitorização	
HH		com monitorização	
HI		com monitorização	
HJ		com monitorização	
HK		com monitorização	
HL		com monitorização	
HM		com monitorização	
HN		com monitorização	
HO		com monitorização	
HP		com monitorização	
HQ		com monitorização	
HR		com monitorização	
HS		com monitorização	
HT		com monitorização	
HU		com monitorização	
HV		com monitorização	
HW		com monitorização	
HX		com monitorização	
HY		com monitorização	
HZ		com monitorização	
IA		com monitorização	
IB		com monitorização	
IC		com monitorização	
ID		com monitorização	
IE		com monitorização	
IF		com monitorização	
IG		com monitorização	
IH		com monitorização	
II		com monitorização	
IJ		com monitorização	
IK		com monitorização	
IL		com monitorização	
IM		com monitorização	
IN		com monitorização	
IO		com monitorização	
IP		com monitorização	
IQ		com monitorização	
IR		com monitorização	
IS		com monitorização	
IT		com monitorização	
IU		com monitorização	
IV		com monitorização	
IW		com monitorização	
IX		com monitorização	
IY		com monitorização	
IZ		com monitorização	
JA		com monitorização	
JB		com monitorização	
JC		com monitorização	
JD		com monitorização	
JE		com monitorização	
JF		com monitorização	
JG		com monitorização	
JH		com monitorização	
JI		com monitorização	
JJ		com monitorização	
JK		com monitorização	
JL		com monitorização	
JM		com monitorização	
JN		com monitorização	
JO		com monitorização	
JP		com monitorização	
JQ		com monitorização	
JR		com monitorização	
JS		com monitorização	
JT		com monitorização	
JU		com monitorização	
JV		com monitorização	
JW		com monitorização	
JX		com monitorização	



GOVERNO DO ESTADO DE MATO GROSSO DO SUL

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	Idade: 41	APT DO LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Amélia Maria da Costa			00012094	12 / 07 / 2019

TIPO	CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO
Drenagem de Hematoma Subcutâneo	INICIO	FIM
	09:40	09:51
		TEMPO TOTAL

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA
Dr. Mario Santa Cruz	ANESTESISTA: Dr. Fabiano
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: Dr. (Sr.) Jone
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR: Eva
	CIRCULANTE: Jélio e Stefanie

TIPO DE ANESTESIA: Sedação venosa e infiltração	TEMPO DE DURAÇÃO:
QUANT. MATERIAIS VALOR	QUANT. MEDICAMENTOS VALOR
12 PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.	1 FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml
12 PACOTES GAZE	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1 LUVA ESTÉRIL 7.0	FRASCOS- SORO GLICOSADO
1 LUVA ESTÉRIL 7.5	FIO VICRYL Nº
1 LUVA ESTÉRIL 8.0	FIO MONONYLON Nº 2.0, 3.0
1 LUVA ESTÉRIL 8.5	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
12 LUVAS IV PROCEDIMENTOS	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
12 LÂMINA BISTURI Nº 35, 20	FIO CATGUT SUTURADO Algodão, algodão
1 DRENO DE SUÇÃO Nº	FIO CATGUT SUTURADO Jélio e 16
1 DRENO DE TORAX Nº	FIO PROLENE Nº
1 DRENO DE PENROSE Nº	FIO SEDAL Nº Cera 7 / 0820
1 SERINGA 01ML	SURGICEL
1 SERINGA 03ML	CERA 14-0820 clonidina 100mcg
1 SERINGA 05ML	100ml KIT CATARATA Nº clonidina 100mcg
1 SERINGA 10ML	100ml GEFOAM Alcool 90% clonidina 100mcg
1 SERINGA 20ML	1 FITA GARDIA Colchon D ²
1 Agulha 40x12	1 OUTROS: Etilato

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	MATERIAL MEDICAMENTOS	
ENFERMEIRA CHEFE	SUB- TOTAL	
2019 e Stefanie	TAXA DE SALA	
CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	
	SOMA	
	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

Nome: André Luiz Balboa da Costa

Data de Nascimento: 14/12/1984 Idade: 24

Sector/leito: _____

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestésico: () Sim () Não

Data: 12/03/14

DADOS PRÉ-OPERATÓRIOS

1. Antecedentes pessoais: Doença crônica

2. Alergias: Não

3. Uso de medicamentos: Não

4. Exames de laboratório: Não

5. Exames de imagem: Não

6. Exames de função: Não

7. Exames de cultura: Não

8. Exames de citologia: Não

9. Exames de histopatologia: Não

10. Exames de imunologia: Não

11. Exames de genética: Não

12. Exames de microbiologia: Não

13. Exames de parasitologia: Não

14. Exames de toxicologia: Não

15. Exames de outros: Não

16. Exames de outros: Não

17. Exames de outros: Não

18. Exames de outros: Não

19. Exames de outros: Não

20. Exames de outros: Não

21. Exames de outros: Não

22. Exames de outros: Não

23. Exames de outros: Não

24. Exames de outros: Não

25. Exames de outros: Não

26. Exames de outros: Não

27. Exames de outros: Não

28. Exames de outros: Não

29. Exames de outros: Não

30. Exames de outros: Não

31. Exames de outros: Não

32. Exames de outros: Não

33. Exames de outros: Não

34. Exames de outros: Não

35. Exames de outros: Não

36. Exames de outros: Não

37. Exames de outros: Não

38. Exames de outros: Não

39. Exames de outros: Não

40. Exames de outros: Não

41. Exames de outros: Não

42. Exames de outros: Não

43. Exames de outros: Não

44. Exames de outros: Não

45. Exames de outros: Não

46. Exames de outros: Não

47. Exames de outros: Não

48. Exames de outros: Não

49. Exames de outros: Não

50. Exames de outros: Não

51. Exames de outros: Não

52. Exames de outros: Não

53. Exames de outros: Não

54. Exames de outros: Não

55. Exames de outros: Não

56. Exames de outros: Não

57. Exames de outros: Não

58. Exames de outros: Não

59. Exames de outros: Não

60. Exames de outros: Não

61. Exames de outros: Não

62. Exames de outros: Não

63. Exames de outros: Não

64. Exames de outros: Não

65. Exames de outros: Não

66. Exames de outros: Não

67. Exames de outros: Não

68. Exames de outros: Não

69. Exames de outros: Não

70. Exames de outros: Não

71. Exames de outros: Não

72. Exames de outros: Não

73. Exames de outros: Não

74. Exames de outros: Não

75. Exames de outros: Não

76. Exames de outros: Não

77. Exames de outros: Não

78. Exames de outros: Não

79. Exames de outros: Não

80. Exames de outros: Não

81. Exames de outros: Não

82. Exames de outros: Não

83. Exames de outros: Não

84. Exames de outros: Não

85. Exames de outros: Não

86. Exames de outros: Não

87. Exames de outros: Não

88. Exames de outros: Não

89. Exames de outros: Não

90. Exames de outros: Não

91. Exames de outros: Não

92. Exames de outros: Não

93. Exames de outros: Não

94. Exames de outros: Não

95. Exames de outros: Não

96. Exames de outros: Não

97. Exames de outros: Não

98. Exames de outros: Não

99. Exames de outros: Não

100. Exames de outros: Não

1. Anestesia: Local

2. Anestesia: Local

3. Anestesia: Local

4. Anestesia: Local

5. Anestesia: Local

6. Anestesia: Local

7. Anestesia: Local

8. Anestesia: Local

9. Anestesia: Local

10. Anestesia: Local

11. Anestesia: Local

12. Anestesia: Local

13. Anestesia: Local

14. Anestesia: Local

15. Anestesia: Local

16. Anestesia: Local

17. Anestesia: Local

18. Anestesia: Local

19. Anestesia: Local

20. Anestesia: Local

21. Anestesia: Local

22. Anestesia: Local

23. Anestesia: Local

24. Anestesia: Local

25. Anestesia: Local

26. Anestesia: Local

27. Anestesia: Local

28. Anestesia: Local

29. Anestesia: Local

30. Anestesia: Local

31. Anestesia: Local

32. Anestesia: Local

33. Anestesia: Local

34. Anestesia: Local

35. Anestesia: Local

36. Anestesia: Local

37. Anestesia: Local

38. Anestesia: Local

39. Anestesia: Local

40. Anestesia: Local

41. Anestesia: Local

42. Anestesia: Local

43. Anestesia: Local

44. Anestesia: Local

45. Anestesia: Local

46. Anestesia: Local

47. Anestesia: Local

48. Anestesia: Local

49. Anestesia: Local

50. Anestesia: Local

51. Anestesia: Local

52. Anestesia: Local

53. Anestesia: Local

54. Anestesia: Local

55. Anestesia: Local

56. Anestesia: Local

57. Anestesia: Local

58. Anestesia: Local

59. Anestesia: Local

60. Anestesia: Local

61. Anestesia: Local

62. Anestesia: Local

63. Anestesia: Local

64. Anestesia: Local

65. Anestesia: Local

66. Anestesia: Local

67. Anestesia: Local

68. Anestesia: Local

69. Anestesia: Local

70. Anestesia: Local

71. Anestesia: Local

72. Anestesia: Local

73. Anestesia: Local

74. Anestesia: Local

75. Anestesia: Local

76. Anestesia: Local

77. Anestesia: Local

78. Anestesia: Local

79. Anestesia: Local

80. Anestesia: Local

81. Anestesia: Local

82. Anestesia: Local

83. Anestesia: Local

84. Anestesia: Local

85. Anestesia: Local

86. Anestesia: Local

87. Anestesia: Local

88. Anestesia: Local

89. Anestesia: Local

90. Anestesia: Local

91. Anestesia: Local

92. Anestesia: Local

93. Anestesia: Local

94. Anestesia: Local

95. Anestesia: Local

96. Anestesia: Local

97. Anestesia: Local

98. Anestesia: Local

99. Anestesia: Local

100. Anestesia: Local

1. Anestesia: Local

2. Anestesia: Local

3. Anestesia: Local

4. Anestesia: Local

5. Anestesia: Local

6. Anestesia: Local

7. Anestesia: Local

8. Anestesia: Local

9. Anestesia: Local

10. Anestesia: Local

11. Anestesia: Local

12. Anestesia: Local

13. Anestesia: Local

14. Anestesia: Local

15. Anestesia: Local

16. Anestesia: Local

17. Anestesia: Local

18. Anestesia: Local

19. Anestesia: Local

20. Anestesia: Local

21. Anestesia: Local

22. Anestesia: Local

23. Anestesia: Local

24. Anestesia: Local

25. Anestesia: Local

26. Anestesia: Local

27. Anestesia: Local

28. Anestesia: Local

29. Anestesia: Local

30. Anestesia: Local

31. Anestesia: Local

32. Anestesia: Local

33. Anestesia: Local

34. Anestesia: Local

35. Anestesia: Local

36. Anestesia: Local

37. Anestesia: Local

38. Anestesia: Local

39. Anestesia: Local

40. Anestesia: Local

41. Anestesia: Local

42. Anestesia: Local

43. Anestesia: Local

44. Anestesia: Local

45. Anestesia: Local

46. Anestesia: Local

47. Anestesia: Local

48. Anestesia: Local

49. Anestesia: Local

50. Anestesia: Local

51. Anestesia: Local

52. Anestesia: Local

53. Anestesia: Local

54. Anestesia: Local

55. Anestesia: Local

56. Anestesia: Local

57. Anestesia: Local

58. Anestesia: Local

59. Anestesia: Local

60. Anestesia: Local

61. Anestesia: Local

62. Anestesia: Local

63. Anestesia: Local

64. Anestesia: Local

65. Anestesia: Local

66. Anestesia: Local

67. Anestesia: Local

68. Anestesia: Local

69. Anestesia: Local

70. Anestesia: Local

71. Anestesia: Local

72. Anestesia: Local

73. Anestesia: Local

74. Anestesia: Local

75. Anestesia: Local

76. Anestesia: Local

77. Anestesia: Local

78. Anestesia: Local

79. Anestesia: Local

80. Anestesia: Local

81. Anestesia: Local

82. Anestesia: Local

83. Anestesia: Local

84. Anestesia: Local

85. Anestesia: Local

86. Anestesia: Local

87. Anestesia: Local

88. Anestesia: Local

89. Anestesia: Local

90. Anestesia: Local

91. Anestesia: Local

92. Anestesia: Local

93. Anestesia: Local

94. Anestesia: Local

95. Anestesia: Local

96. Anestesia: Local

97. Anestesia: Local

98. Anestesia: Local

99. Anestesia: Local

100. Anestesia: Local

ANEXO DA INDICAÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: André Luiz Brito da Costa
Assinatura: Dr. Wilson A. Amorim

DATA: 22/04/2014

Em atendimento

Dr. Cirurgião

Dr. Anestesiologista

Dr. Cirurgião ☒ Sim ☐ Não

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista ☒ Sim ☐ Não

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista ☒ Sim ☐ Não

Dr. Anestesiologista ☒ Sim ☐ Não

Dr. Anestesiologista ☒ Sim ☐ Não

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista ☒ Sim ☐ Não

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

ANTES DA INDICAÇÃO

Atendimento

Dr. Wilson A. Amorim

Dr. Cirurgião

CONTINUAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: ☒ SIM ☐ NÃO

CLAUROGIA, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFERMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente

☒ Risco cirúrgico

☒ Risco anestésico

EVENITOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRCUITO:

☒ Não se aplicou o teste de fuga de gás, atropina ou oxigênio a partir da conexão prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENTERRAMENTO:

Os materiais necessários, como instrumental, próteses e outros estão prontos e dentro da validade de esterilização (monolítico resíduo do indicador). Há quebras ou falhas nas equipamentes ou quaisquer particularidades.

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

ANTES DE O PACIENTE IR PARA A SALA DE OPERAÇÕES

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

OS PROFISSIONAIS DA EQUIPE DE ENTERRAMENTO OU DA EQUIPE MÉDICA CONFERMARAM VERBALMENTE COM A EQUIPE:

1. O NOME DO PROCEDIMENTO

☒ SIM ☐ NÃO

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

2. SE AS CONDIÇÕES DE INSTALAÇÃO DAS CIRURGIAS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS

☒ SIM ☐ NÃO

Dr. Anestesiologista

3. COMO A ADOSTRA PARA ANESTESIA PATOLÓGICA ESTA IDENTIFICADA

☒ SIM ☐ NÃO

Dr. Anestesiologista

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☒ SIM ☐ NÃO

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Dr. Anestesiologista

Assinatura e Carimbo



Hospital de Base de Curitiba
Av. 7 de Abril, 100 - Curitiba - PR

102-2 PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR

QUARTO

LEITO

Nº DE REGISTRO

NOME DO PACIENTE

Andressa Pastor da Costa

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO

12/03/14

Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Pediatr. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa

SAU 14:40 PA: 417x80
FC: 70
Pulso 70
T: 35.6
FE: 24

20:30 - PA: 130x80

Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa

Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa

Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa

Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa

Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa
Def. hme. Neurol. Andressa



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	#####	DN	
PACIENTE	ANDERFESON BARBOSA DA COSTA		
AGNOSTI	POSTOP DE HEMATOMA SUBDURAL		
ALERGIAS	N.D.N.		
IDADE		LEITO	102-2 DATA 14/Jul/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	Dieta oral livre		SAD
2	ACESSO SOROLIZADO		Monte
3	SFI 9% 500ML EV ACM		ACM
4	DENTRONA 1 AMPOLA SV 6/6 II		14/07-21/07
5			
6			
7			
8			
9			
10	CABECEIRA ELEVADA 45°		Monte
11	DEAMBULAÇÃO		Estrela
12	SINAIS VITAIS 6/6 II		Patricia
13			
14			
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA		
16	REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 100-250		
17	2UI: 250-300 4UI: 300-350 6UI: 350-400 8UI: 400		
18	10 UI E OU GLICOSE < 70 DM/L GLICOSE 50% 40		
19	ML EV + AVISAR PLANTONISTA		
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS

Horário	T	P	R	PA
12h	35,6°C	79	17	111/78
18h	35°C	73	17	106/73
24h	35,8°C	80		110/78
06h	36,5°C	74		115/71

Plantão diurno de 13.07.19,
07h - 19h Paciente no leito,
estável, foi realizada a troca de
curso venoso, 7.20 em mso. Foi
afirmado sinais vitais e adm. medi-
cação conforme prescrição. Tem
sinais a relatar, segue com
cuidados de enfermagem.

Resposta A. Delamato
Téc. em Enfermagem
CRM-RR 053360

14.07.19


OBS: Realizados medica-
ções com a aferição SS

Paciente segue se
intercorrência e os
cuidados de enferma-

Dr. J. C. Figueira
Téc. de Enfermagem
CRM-RR 053360

M
Dr. WILSON D. SANTOS
Neurocirurgião
CRM-RR 072

Alto

 <div style="text-align: center;"> HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA </div>					
DATA DE ADMISSÃO		#####	DN		
PACIENTE	SEBASTIAO ALVES DE ALMEIDA				
AGNOSTIA	POSTOP DE HEMATOMA SUBDURAL				
ALERGIAS	N.D.N.				
IDADE		LEITO	120-2	DATA	15/Jul/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				DIÁRIO
1					
2	ALTA HOSPITALAR				
3					
4					
5					
6					
7					
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
16	REGULAR (SO) CONFORME ESQUEMA: 100-250				
17	2UI, 251-300; 4UI, 301-350; 6UI, 351-400; 8UI, > 400				
18	10 UI E OU GLICOSE < 70 D/L ML GLICOSE 50% 20				
19	ML EV. AVISAR PLANTONISTA				
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
 Av. Celso Figueiredo, 511 - Jd. Santa Helena - Boa Vista - RR
 Fone: (68) 3622-3000
CONFIRMAÇÃO
 01 OUT. 2019
 Carimbo e Assinatura do Profissional
 Nome e Assinatura do Profissional
 15/10/2019

901140024 25/07/2019 07:45:24 FICHA DE ATENDIMENTO CLÍNICA MÉDICA URGÊNCIA 37-19 E

Paciente: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA Data Nascimento: 14/12/1977 Idade: 41 A 7 M 11 D CNIS: 700502361247356 CPF: 44695152215 Produto: 00010074

Tipo Doc: Documento Orção Emissão Data Emissão: Sexo: M Estado Civil: PARDI Raca/Cor: Parda Naturalidade: BRASILEIRA

IDENTIDADE: 132939 Mãe: MARIA DE FATIMA BARBOSA DA COSTA Pai: JOSE RODRIGUES DA COSTA Contato: (95) 99189-9401

Endereço: RUA - CASIMIRO DE ABREU - 97 - CANARINHO - BOA VISTA - RR Origem: NÃO INFORMADA

Categoria de Risco: Verde Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE Nº da Carteira: Validade: Autorização: Se Precisa:

Motivo do Atendimento: SFA - PRONTO ATENDIM Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atende: Procedência: Tempo: 36.30 Fecho: 120 x 80

Sector: Pronto Atendimento Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Processamento: Registro por: CASSIO LIMA

Queixa Principal: PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO. INFORMA QUE SEMPRE A TARDE SENTE MAL ESTAR.

Anamnese da Enfermagem: NEGA DM + HAS + ALERGIA MEDICAMENTOSA GSC: 10.1234.7612345 MRA: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) Paciente comparece com relato de febre assintomática, (reflexo) associada e mal estar, espolia, e de tosse (interm) que fosse ou queixas variadas.

Exame Físico: Sem queixas no momento

SR: MU (+) Capil. oliv. DE Obelome incontin

SCU: RCR, RS, CRT SPO₂ - 95%

Hipótese Diagnóstica: S. Febril A/c

SAUT - Exames Complementares

() RAO X () ULTRASON () TCC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

Conduta

() Alta por Decisão Médica
() Alta a Pedido
() Alta a Resposta
() Transferência para:

() Ambulatório
() Observação (Alé 24h)
() Internação
Data e Hora da Saida/Alta: / /

óbito

Antes do 1º Ale J. Sim () Não Destino: () Família () SAI Antônio Peto Costa

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: jeane.helanda
Data Hora: 25/07/2019 07:45:04





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Paulo Roberto Domingues da Costa 44 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10 / 05 / 20 COM
DIAGNÓSTICO DE Infarto do miocárdio

Nº DIA 1 / 1 / 1 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE uma luxação SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DS.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA ____/____/____, ÀS ____:____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 23/05/2019, ÀS 14:00, COM O
DR. T. J. J. J.

ORIENTAÇÕES GERAIS

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALÇAS 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, 16. 1. 54. 1. 29

新刊



Dr. Ilderson P. Silva

Ortopedia e Traumatologia

CLINICA SAÚDE e VIDA

LAUDO MÉDICO

Anderferson Barbosa da Costa, 41 anos, RG 132939 SSP/RR Trauma 07/04/2019; fratura luxação de antebraço esquerdo + rádio distal + 2° e 3° metacarpo esquerdo; CID 10 S-51.7 S 52.5

Realizou cirurgia osteossíntese ossos antebraço com placa DCP no HGR + fixador de colles no dia 07/04/2019. Dia 25/05/2019 realizou cirurgia (privado), de osteotomia + osteossíntese de fratura luxação radio distal + 2° e 3° metacarpo + retirada de fixador externo de colles.

Cirurgia de aproximadamente três (03) horas, duração do tempo de internação de 2 dias; a não realização da cirurgia acarretaria em sequela a medida que não fosse realizada a cada dia, ressaltando que no SUS não estava sendo viável a realização deste procedimento porque não possuía material no centro cirúrgico do único hospital que realiza este tipo de cirurgia. Tendo em vista que a espera pelo TFD (tratamento fora de domicílio) não oferecia benefícios ao paciente devido a tempo/demora de meses, acarretando na probabilidade de sequelas.

Paciente hoje com fio de K sob 2° e 3° metacarpo e radio distal. Necessitará de nova cirurgia para retirada de fio + artroscopia.

ORÇAMENTO:

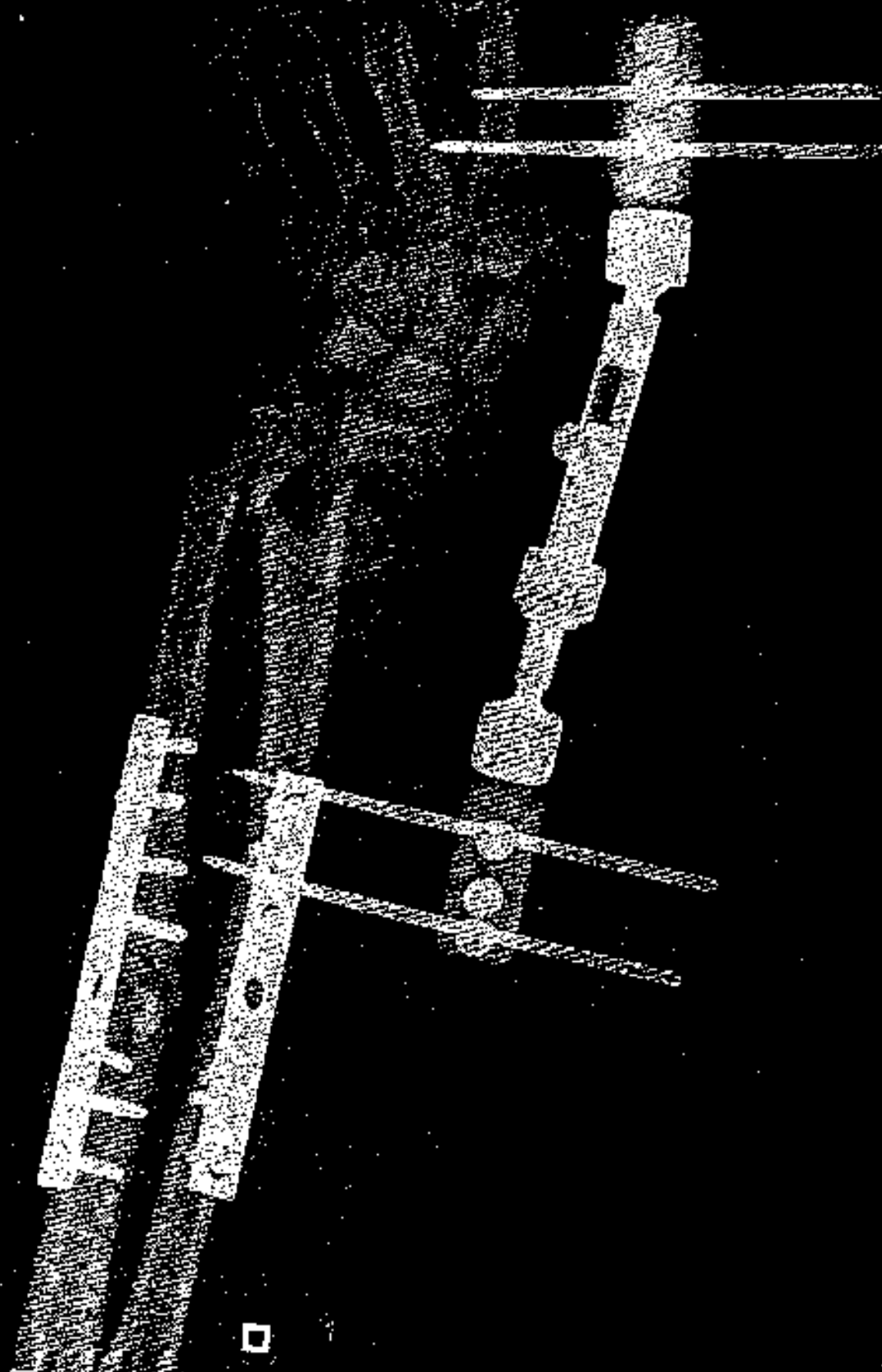
Valor da cirurgia 40.000,00 — incluindo 02 cirurgiões ortopedista e 01 anestesista, 1 instrumentador, material da cirurgia, valor da estadia no hospital, exames pré operatórios.

Boa Vista — RR 05 de Junho de 2019

Dr. ILDERSON P. SILVA
CRM/RR 1733 RQE 678

Centro de Especialidades Médicas Rua Alfredo Cruz, 687 — Centro — Boa Vista/RR
Contato 3624-2494 / 99120-1467 / 98100-9189

Dr. Ilderson P. Silva
Médico
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 678



ANDERSON BARBOSA COSTA 4754

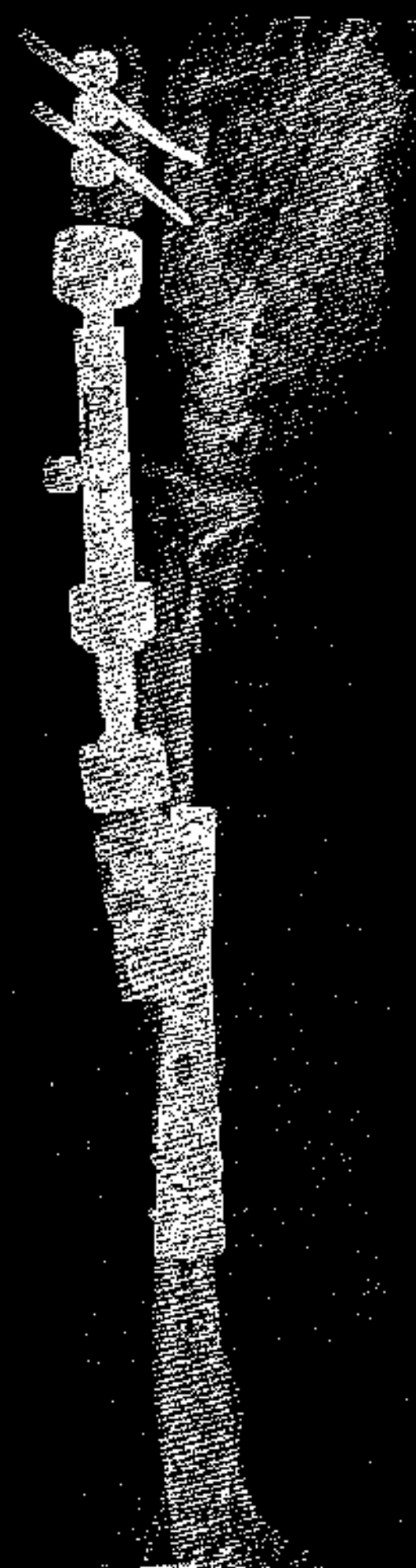
HOSPITAL CORONEL MOTA

10/05/2019

Francineide

80,4 %

III



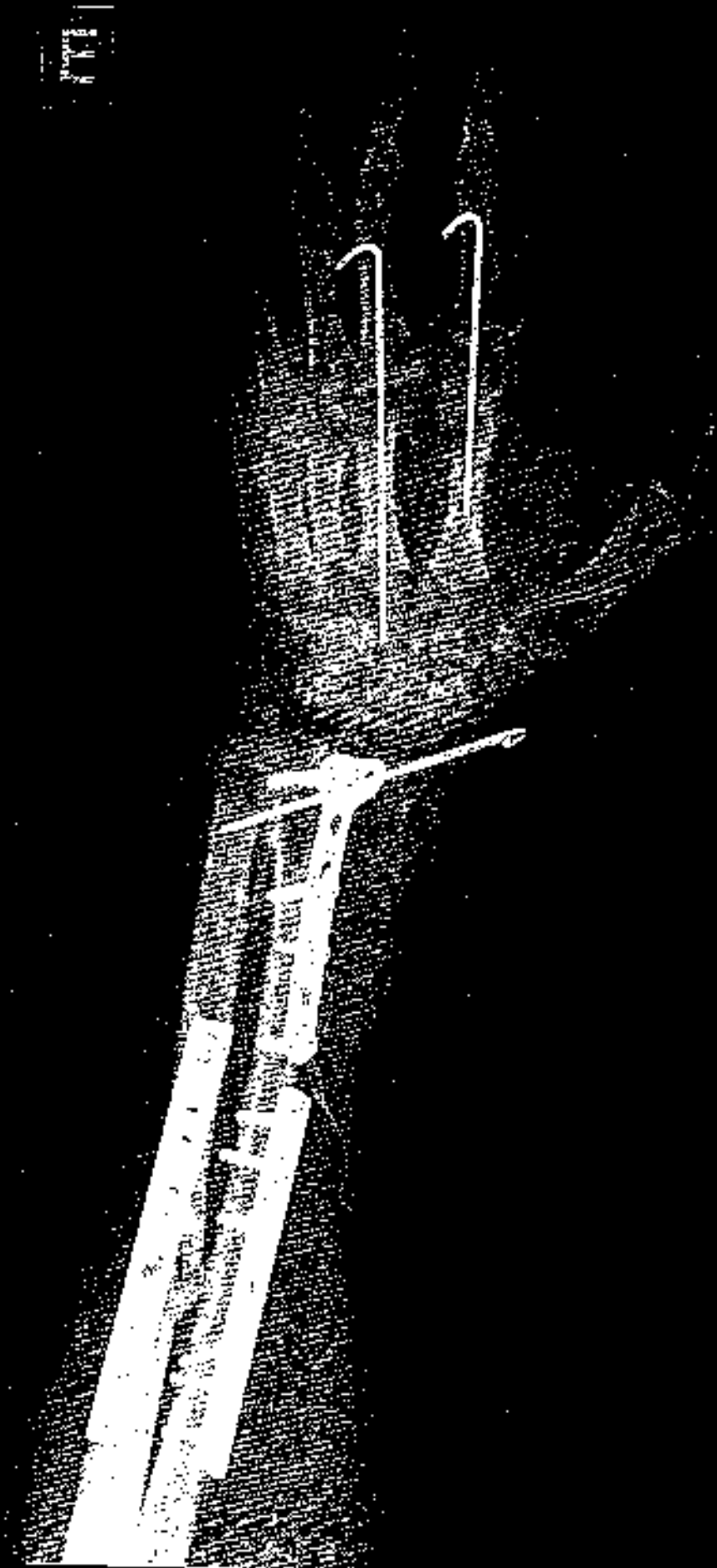
ANDERFERSON BARBOSA COSTA 4754

HOSPITAL CORONEL MOTA

12/05/2019

Francineide

74.4 %



ANDERFESON BARBOSA DA COSTA 6880

HOSPITAL CORONEL MOTA

27/06/2018

Francisco de

67.7 %

Fig. 1

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA 6880

HOSPITAL CORONEL MOTA

27/08/2019

Fractura de

61.7 %

D



ANDERSON BARBOSA COSTA,

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

07/06/2019 16:41:14

07/06/2019 16:41:14

BRASIL - EDITORA BRASILEIRA

07/06/2019

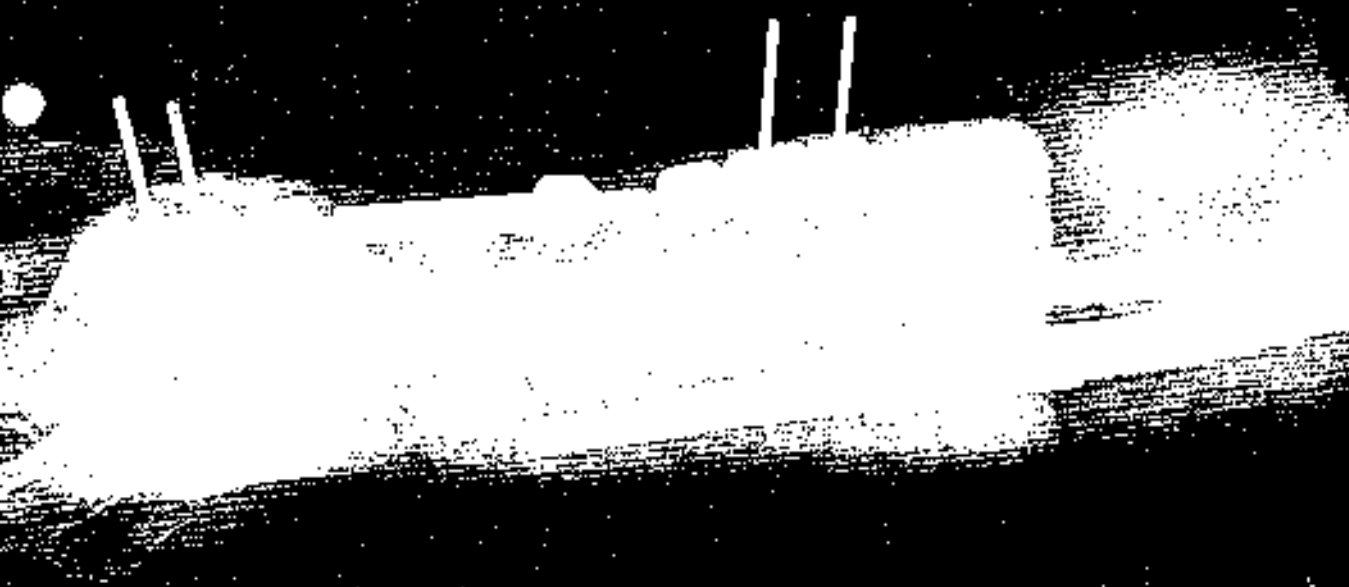
110

AVUEPSON DABROPA DA COSTA

HOSPITAL GERAL DE ROBATIMA

7/10/2019 10:53:24

15.1.3

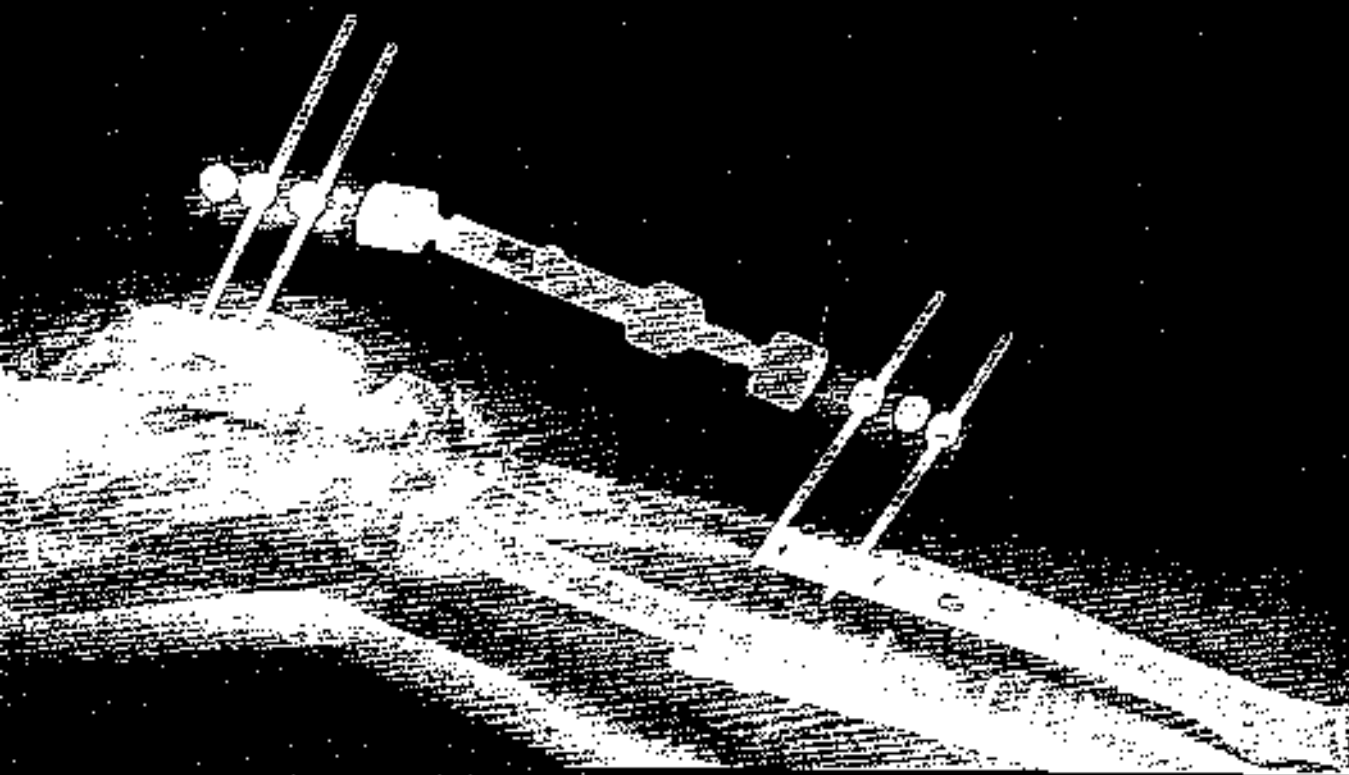


16.03.19

ANDERFESON B. COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

16.03.2019 17:24:04



16.03.19

16.03.2019 17:24:04



D

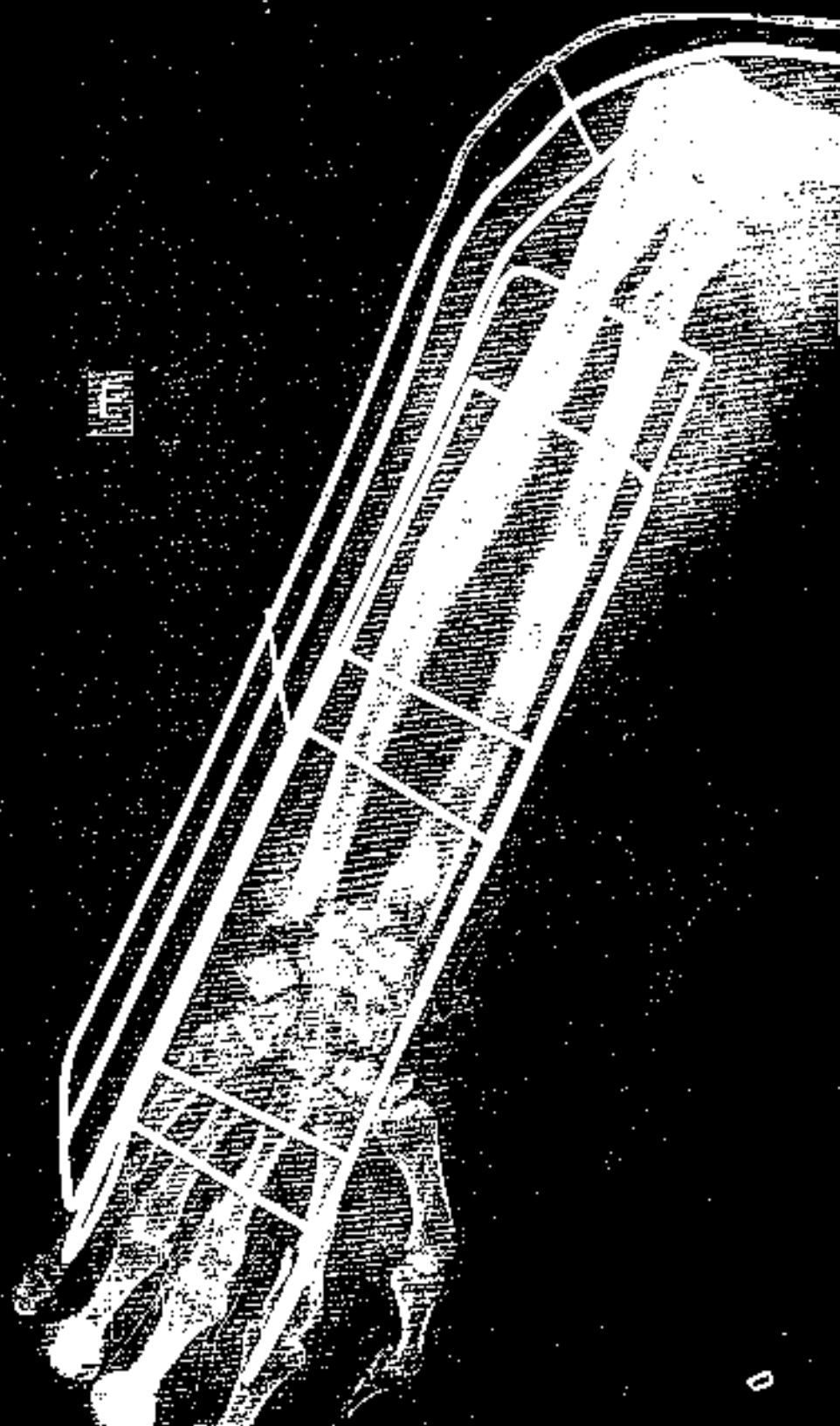
27/06/2019

73,0 %

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA 6880

HOSPITAL CORONEL MOTA

Francineide



ANDERSON HARRISON DA COSTA

RCP 67

7/12/78 0:54:44

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

04.0.84



Dr. Ilderson P. Silva

Ortopedia e Traumatologia

CLINICA SAÚDE e VIDA

LAUDO

Anderferson Barbosa da Costa, 41 anos, RG 132939 SSP/RR Trauma 107/04/2019; fratura luxação rádio distal + ossos do antebraço + fratura 2° e 3° metacarpo esquerdo; CID 10 S-52.5 S-52.6 S 52.4 S 62.3.

Necessita de cirurgia (osteotomia + osteossíntese de fratura luxação rádio distal + retirada de fixador externo de colles do antebraço), com uso da placa volar rádio distal e/ou fio K, Cirurgia de aproximadamente duas (02) horas, duração provável do tempo de internação de aproximadamente 2 dias; a não realização da cirurgia acarretará em sequelas a medida que não é realizada a cada dia, ressalto ainda sob o risco de Infecções hospitalar em paciente, ressalto que no SUS está inviável a realização deste procedimento porque não possui material no centro cirúrgico do único hospital que realiza este tipo de cirurgia.

Tendo em vista que a espera pelo TFD (tratamento fora de domicílio) não oferece benefícios ao paciente devido a tempo/demora de meses, acarretando na probabilidade de sequelas.

Paciente hoje ainda com luxação mais sinais de consolidação viciosa,

Documentos necessários para o ingresso com ação judicial com pedido de realização de cirurgia:

- **Laudo médico recente, necessariamente do SUS, especificando a doença, no caso a fratura, e a necessidade da realização da cirurgia, sendo especificado o nome da cirurgia, a urgência e as possíveis complicações caso a cirurgia não seja realizada ou demore muito para acontecer.** Também deve constar no laudo médico se existe a necessidade de utilização de equipamentos específicos na cirurgia como, por exemplo, arco cirúrgico (aparelho de imagem), placas e parafusos e etc. Se possível no laudo médico pode constar a impossibilidade da realização da cirurgia no SUS;
- **2 (dois) Orçamentos dos Hospitais para a realização da cirurgia** (Unimed, Lott) especificando os custos de aparelhos especiais necessários com por exemplo arco cirúrgico (aparelhos de hemodinâmica/intensificador de imagem);
- **Pelo menos 2 (dois) orçamentos das equipes médicas com custo da realização da cirurgia;**
- **3 (três) Orçamentos dos materiais necessários, por exemplo placas e parafusos;**
- **Comprovante de conta bancária, especificamente no nome da paciente;**
- **Documentos pessoais, identidade, comprovante de residência;**



Dr. Ilderson P. Silva

Ortopedia e Traumatologia

CLINICA SAÚDE e VIDA

LAUDO MÉDICO

Anderferson Barbosa da Costa, 41 anos, RG 132939 SSP/RR Trauma 07/04/2019; fratura luxação de antebraço esquerdo + rádio distal + 2º e 3º metacarpo esquerdo; CID 10 S-51.7 S 52.5

Realizou cirurgia osteossíntese ossos antebraço com placa DCP no HGR + fixador de colles no dia 07/04/2019. Dia 25/05/2019 realizou cirurgia (prlvado), de osteotomia + osteossíntese de fratura luxação radio distal + 2º e 3º metacarpo + retirada de fixador externo de colles.

Cirurgia de aproximadamente três (03) horas, duração do tempo de internação de 2 dias; a não realização da cirurgia acarretaria em sequelas a medida que não fosse realizada a cada dia, ressaltando que no SUS não estava sendo viável a realização deste procedimento porque não possuía material no centro cirúrgico do único hospital que realiza este tipo de cirurgia. Tendo em vista que a espera pelo TFD (tratamento fora de domicílio) não oferecia benefícios ao paciente devido a tempo/demora de meses, acarretando na probabilidade de sequelas.

Paciente hoje com fio de K sob 2º e 3º metacarpo e radio distal. Necessitará de nova cirurgia para retirada de fio + artrolise.

ORÇAMENTO:

Valor da cirurgia 40.000,00 – incluindo 02 cirurgiões ortopedista e 01 anestesista, 1 instrumentador, material da cirurgia, valor da estadia no hospital, exames pré operatórios.

Boa Vista – RR 05 de Junho de 2019

Dr. ILDERSON P. SILVA
CRM/RR 1733 RQE 676

Centro de Especialidades Médicas Rua Alfredo Cruz, 687 – Centro – Boa Vista/RR
Contato 3624-2494 / 99120-1467 / 98100-9189

Dr. Ilderson P. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1733 RQE 676

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		MINISTÉRIO DAS CIDADES		DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO		CARTeira NACIONAL DE HABILITAÇÃO	
NOME		ANDERFESON BARBOSA DA COSTA		DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSORA		132939 SSP RR	
		CPF		446.951.522-15		DATA NASCIMENTO	
				14/12/1977			
		FILIAÇÃO		JOSE RODRIGUES DA COSTA			
				MARIA DE FATIMA BARBOSA DA COSTA			
PERMISSÃO		ACC		CAT. HAB.		AD C	
Nº REGISTRO		02333776652		VALIDADE		31/10/2023	
				1ª HABILITAÇÃO		27/08/1996	
OBSERVAÇÕES							
ASSINATURA DO PORTADOR		<i>Andrefeson Barbosa da Costa</i>					
LOCAL		BOA VISTA, RR				DATA DE EMISSÃO	
						01/11/2018	
ASSINATURA DO EMISSOR		<i>Antonio Francisco Bezerra Marques</i>				51309348693	
		ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR				RR209865890	
RORAIMA							

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL 1745556460

PROIBIDO PLASTIFICAR 1745556460

DF AC AL AP AM BA CE ES GO MA MT MS MG PR PB RJ RN SE TO