



# 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 médica-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](http://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

### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data da apresentação: 25/11/2019

Nome: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

CPF: 446.951.522-15

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

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO E URNA 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# 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

**Valorização do IML:** 0

**Perícia médica:** Não

**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA DE RÁDIO E URNA 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
		<b>Total</b>	<b>35 %</b>	<b>R\$ 4.725,00</b>

# 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](http://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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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

Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

**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.

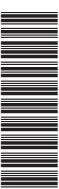
O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

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



Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

---

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, retorno 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](http://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:

4 - Nome completo da vítima:

446.951.522-15 Anderson Barbosa da Costa

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

5 - Nome completo:

Anderson Barbosa da Costa

6 - CPF:

446.951.522-15

7 - Profissão:

Empresário

8 - Endereço:

Av. Ademário Júnior

9 - Número:

507

10 - Complemento:

caro

11 - Bairro:

Cainró

12 - Cidade:

Bon 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

(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)

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

Sim

Não

31 - Vítima teve irmãos?

Sim

Não

32 - Se tinha irmãos, informar

Vivos: Falecidos:

33 - Vítima deixou

Sim

Não

país/avós vivos?

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 - 1º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

39 - 2º | Nome:

CPF:

Assinatura da testemunha

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

Anderson Barbosa da Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42- Assinatura do Representante Legal (se houver)

EPC 001 1/002/2010

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)

Bairro: AREA RURAL

Logradouro: RR 206, KM 42

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 (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-Demandação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

Forneça o(s) tipo(s) de cobertura:  DAMIS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIS)  INVALIDEZ PERMANENTE  MORTE

2- Nô de constuição ou AGC:

3- CPF de vítima:

4- Nome completo da vítima:

446951522-15 Andréferson Barbosa da Costa

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS - RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSP N° 445/2012

5- Nome completo:

6- CPF: 446951522-15

7- Profissão:

8- Endereço:

9- Número:

10- Bairro:

11- Cidade:

12- Estado:

13- CEP:

14- UF:

15- Email:

16- CEP: 5931-000

17- Número completo da Representante Legal:

18- CPF de Representante Legal:

19- Profissão do Representante Legal:

20- RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

21- BANCO(S) INFORMADO(S):  BENEFICIÁRIO (APENAS VÍTIMA)  TITULAR DA COBERTURA (APENAS VÍTIMA)  TITULAR DA COBERTURA (APENAS BENEFICIÁRIO)

22- CONTA POUPANÇA (Somente para bancos correntistas. As demais não aplicam):

23- CONTA CORRENTE (todas as bancos):

24- AGENCIA: 2613 CONTA: 55.152

25- Informar o dígito social: \_\_\_\_\_

26- Informar o dígito social: \_\_\_\_\_

27- Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

28- AGENCIA: \_\_\_\_\_ CONTA: \_\_\_\_\_

29- Informar o dígito social: \_\_\_\_\_

30- Informar o dígito social: \_\_\_\_\_

31- Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de a título de titularidade, a valor da Indenização/Reembolso do Seguro DPVAT a que eu sou direito, recolhendo o débito, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

32- DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LACUNA DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

33- Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para as finalidades de

34- Indenização do Seguro DPVAT II e III (Lei 6.194/74), uma vez que:

35- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou

36- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não melhora perdas para mim do Seguro DPVAT; ou

37- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência recusa prestar com prazo superior a 90 (noventa) dias o laudo.

38- Não haja o prosseguimento da análise do meu pedido da Indenização do Seguro DPVAT, por invalidade permanente, com base na documentação que eu apresentei, e a emissão do laudo no IML, vencendo, desde já, o prazo de 60 (sessenta) dias para a análise médica presencial, caso necessário, as custas desse ato, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

39- Declaro que esta autorização não significa já me concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso

40- discordo de seu conteúdo.

41- DECLARAÇÃO DE ÚNICO TITULAR HONÍSTICO - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

42- Declaro que sou:

43- Se é casado, informar:

44- Se é viúvo, informar:

45- Se é separado, informar:

46- Se é divorciado, informar:

47- Se é falecido, informar:

48- Se é solteiro, informar:

49- Se é viúva, informar:

50- Se é separada, informar:

51- Se é divorciada, informar:

52- Se é falecida, informar:

53- Se é solteira, informar:

54- Se é viúva, informar:

55- Se é separada, informar:

56- Se é divorciada, informar:

57- Se é falecida, informar:

58- Se é solteira, informar:

59- Se é viúva, informar:

60- Se é separada, informar:

61- Se é divorciada, informar:

62- Se é falecida, informar:

63- Se é solteira, informar:

64- Se é viúva, informar:

65- Se é separada, informar:

66- Se é divorciada, informar:

67- Se é falecida, informar:

68- Se é solteira, informar:

69- Se é viúva, informar:

70- Se é separada, informar:

71- Se é divorciada, informar:

72- Se é falecida, informar:

73- Se é solteira, informar:

74- Se é viúva, informar:

75- Se é separada, informar:

76- Se é divorciada, informar:

77- Se é falecida, informar:

78- Se é solteira, informar:

79- Se é viúva, informar:

80- Se é separada, informar:

81- Se é divorciada, informar:

82- Se é falecida, informar:

83- Se é solteira, informar:

84- Se é viúva, informar:

85- Se é separada, informar:

86- Se é divorciada, informar:

87- Se é falecida, informar:

88- Se é solteira, informar:

89- Se é viúva, informar:

90- Se é separada, informar:

91- Se é divorciada, informar:

92- Se é falecida, informar:

93- Se é solteira, informar:

94- Se é viúva, informar:

95- Se é separada, informar:

96- Se é divorciada, informar:

97- Se é falecida, informar:

98- Se é solteira, informar:

99- Se é viúva, informar:

100- Se é separada, informar:

101- Se é divorciada, informar:

102- Se é falecida, informar:

103- Se é solteira, informar:

104- Se é viúva, informar:

105- Se é separada, informar:

106- Se é divorciada, informar:

107- Se é falecida, informar:

108- Se é solteira, informar:

109- Se é viúva, informar:

110- Se é separada, informar:

111- Se é divorciada, informar:

112- Se é falecida, informar:

113- Se é solteira, informar:

114- Se é viúva, informar:

115- Se é separada, informar:

116- Se é divorciada, informar:

117- Se é falecida, informar:

118- Se é solteira, informar:

119- Se é viúva, informar:

120- Se é separada, informar:

121- Se é divorciada, informar:

122- Se é falecida, informar:

123- Se é solteira, informar:

124- Se é viúva, informar:

125- Se é separada, informar:

126- Se é divorciada, informar:

127- Se é falecida, informar:

128- Se é solteira, informar:

129- Se é viúva, informar:

130- Se é separada, informar:

131- Se é divorciada, informar:

132- Se é falecida, informar:

133- Se é solteira, informar:

134- Se é viúva, informar:

135- Se é separada, informar:

136- Se é divorciada, informar:

137- Se é falecida, informar:

138- Se é solteira, informar:

139- Se é viúva, informar:

140- Se é separada, informar:

141- Se é divorciada, informar:

142- Se é falecida, informar:

143- Se é solteira, informar:

144- Se é viúva, informar:

145- Se é separada, informar:

146- Se é divorciada, informar:

147- Se é falecida, informar:

148- Se é solteira, informar:

149- Se é viúva, informar:

150- Se é separada, informar:

151- Se é divorciada, informar:

152- Se é falecida, informar:

153- Se é solteira, informar:

154- Se é viúva, informar:

155- Se é separada, informar:

156- Se é divorciada, informar:

157- Se é falecida, informar:

158- Se é solteira, informar:

159- Se é viúva, informar:

160- Se é separada, informar:

161- Se é divorciada, informar:

162- Se é falecida, informar:

163- Se é solteira, informar:

164- Se é viúva, informar:

165- Se é separada, informar:

166- Se é divorciada, informar:

167- Se é falecida, informar:

168- Se é solteira, informar:

169- Se é viúva, informar:

170- Se é separada, informar:

171- Se é divorciada, informar:

172- Se é falecida, informar:

173- Se é solteira, informar:

174- Se é viúva, informar:

175- Se é separada, informar:

176- Se é divorciada, informar:

177- Se é falecida, informar:

178- Se é solteira, informar:

179- Se é viúva, informar:

180- Se é separada, informar:

181- Se é divorciada, informar:

182- Se é falecida, informar:

183- Se é solteira, informar:

184- Se é viúva, informar:

185- Se é separada, informar:

186- Se é divorciada, informar:

187- Se é falecida, informar:

188- Se é solteira, informar:

189- Se é viúva, informar:

190- Se é separada, informar:

191- Se é divorciada, informar:

192- Se é falecida, informar:

193- Se é solteira, informar:

194- Se é viúva, informar:

195- Se é separada, informar:

196- Se é divorciada, informar:

197- Se é falecida, informar:

198- Se é solteira, informar:

199- Se é viúva, informar:

200- Se é separada, informar:

201- Se é divorciada, informar:

202- Se é falecida, informar:

203- Se é solteira, informar:

204- Se é viúva, informar:

205- Se é separada, informar:

206- Se é divorciada, informar:

207- Se é falecida, informar:

208- Se é solteira, informar:

209- Se é viúva, informar:

210- Se é separada, informar:

211- Se é divorciada, informar:

212- Se é falecida, informar:

213- Se é solteira, informar:

214- Se é viúva, informar:

215- Se é separada, informar:

216- Se é divorciada, informar:

217- Se é falecida, informar:

218- Se é solteira, informar:

219- Se é viúva, informar:

220- Se é separada, informar:

221- Se é divorciada, informar:

222- Se é falecida, informar:

223- Se é solteira, informar:

224- Se é viúva, informar:

225- Se é separada, informar:

226- Se é divorciada, informar:

227- Se é falecida, informar:

228- Se é solteira, informar:

229- Se é viúva, informar:

230- Se é separada, informar:

231- Se é divorciada, informar:

232- Se é falecida, informar:

233- Se é solteira, informar:

234- Se é viúva, informar:

235- Se é separada, informar:

236- Se é divorciada, informar:

237- Se é falecida, informar:

238- Se é solteira, informar:

239- Se é viúva, informar:

240- Se é separada, informar:

241- Se é divorciada, informar:

242- Se é falecida, informar:

243- Se é solteira, informar:

244- Se é viúva, informar:

245- Se é separada, informar:

246- Se é divorciada, informar:

247- Se é falecida, informar:

248- Se é solteira, informar:

249- Se é viúva, informar:

250- Se é separada, informar:

251- Se é divorciada, informar:

252- Se é falecida, informar:

253- Se é solteira, informar:

254- Se é viúva, informar:

255- Se é separada, informar:

256- Se é divorciada, informar:

257- Se é falecida, informar:

258- Se é solteira, informar:

259- Se é viúva, informar:

260- Se é separada, informar:

261- Se é divorciada, informar:

262- Se é falecida, informar:

263- Se é solteira, informar:

# 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: 00000073353-1

---

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 - N° do sinistro ou ASL: 3190655361 3 - CPF da vítima: 446951522-15 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 N° 445/2012

5 - Nome completo: <u>Anderson Barbosa da Costa</u>	6 - CPF: <u>446951522-15</u>		
7 - Profissão: <u>Autônomo</u>	8 - Endereço: <u>R. Ademário Lantes</u>	9 - Número: <u>507</u>	10 - Complemento: <u></u>
11 - Bairro: <u>Caumbé</u>	12 - Cidade: <u>Boa Vista</u>	13 - Estado: <u>RR</u>	14 - CEP: <u>69.312-168</u>
15 - E-mail:		16 - Tel.(DDD): <u>(95)99162-1515</u>	

## 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:

<input checked="" type="checkbox"/> RECUSO INFORMAR	<input type="checkbox"/> R\$1.00 A R\$1.000,00	<input type="checkbox"/> R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
<input type="checkbox"/> SEM RENDA	<input type="checkbox"/> R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00	<input type="checkbox"/> 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)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: \_\_\_\_\_

AGÊNCIA: 0653

CONTA: 73353

1

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

AGÊNCIA: \_\_\_\_\_

CONTA: \_\_\_\_\_

1

(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: <input type="checkbox"/> Solteiro <input type="checkbox"/> Casado (no Civil) <input type="checkbox"/> Divorciado <input type="checkbox"/> Separado Judicialmente <input type="checkbox"/> Viúvo	24 - Data do óbito da vítima:				
25 - Grau de Parentesco com a vítima:	26 - Vítima deixou companheiro(a): <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:			
28 - Vítima teve filhos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos:	30 - Vítima deixou nascituro (vá nascer)? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	31 - Vítima teve irmãos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	32 - Se tinha Irmãos, informar Vivos: Falecidos:	33 - Vítima deixou pais/avós vivos? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 - 1<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

39 - 2<sup>a</sup> | Nome: \_\_\_\_\_

CPF: \_\_\_\_\_

Assinatura da testemunha

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

Anderson Barbosa da Costa

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1º Classificação  
Secretaria de Estado da Saúde  
Hospital Geral de Roraima - HGR / PSF  
Av. Engenheiro Estelvino Soares, 3305

Função/Sigla  
Vermelha  
Laranja  
Amarela  
Verde  
Azul/Azul

Função/Sigla  
Vermelha  
Laranja  
Amarela  
Verde  
Azul/Azul

19010943/3 07/04/2019 11:13:36

## FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: ANDERSON BARBOSA DA COSTA  
Sexo: M  
Data Nascimento: 14/12/1977  
Idade: 41 A 3 M 24 D  
Estado Civil: Solteiro  
Naturalidade: PEL

CPF: 44695152215  
RG: 00010074  
Nacionalidade: BRASIL

Endereço: RUA JOSÉ ALEIXO, 3088  
Cidade: RO

Contato: JOSE RODRIGUES DA COSTA  
Ocupação: NÃO INFORMADA

Classe de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE  
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO  
Caráter do Atendimento: URGÊNCIA  
Local: GRANDE TRAUMA  
Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTÂNEA  
Profissional de Atendimento: Profissional de Atendimento  
Procedência: Procedimento-Sel.  
Síndrome Febril: Sintomático Respiratório: Suspeita de Dengue

## Anamnese de Enfermagem

GSC: TOTAL  
AG: 1234 HV: 12345 MRV: 123456

## Anamnese - HORA DA CONSULTA

## Exame Físico

## Hipótese Diagnóstica

## SADT - Exames Complementares

RAIOS-X  ULTRASOM  TO  SANGUE  URINA  ECOG  OUTROS

## PRESCRIÇÃO

## PRAZAMENTO

## OBSERVAÇÃO

01 Gentamicino 200 mg Cr 06/04/2019  
01 Clorotalina 100 mg Cr 06/04/2019  
01 Ipratropium 200 mg Cr 06/04/2019 FC: 142  
01 SVD 100 mg Cr 06/04/2019 FC: 142

## Conduta

Internar Diferido Médico  
 Alta e Pedir  
 Alta e Reenviar  
 Transferência para:

## Óbito

Tempo do 1º Atendimento?

 Sim  NãoDestino:  Família

Data e Hora da Saldade:

Sexta 18.06.79

Sistema  
Único de  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1- NOVA LINHA DE ATENDIMENTO DE SAÚDE ESPECIALIZADA

2- CRES

3- NOVA LINHA DE ATENDIMENTO DE SAÚDE EXECUTIVA

4- CRES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5- NOME DO PACIENTE

Anderson Bonfá da Costa

6- N. DO INVENTÁRIO  
10024

7- PARTIDO NACIONAL DE SAÚDE (PNS)

8- NOVA LINHA DE ATENDIMENTO

9- CRES

10- NOVA LINHA DE ATENDIMENTO ESPECIALIZADA

11- NOVA LINHA DE ATENDIMENTO EXECUTIVA

12- ENDERECO (RUA, N.º, Bairro)

13- MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Belo

14- COD. BAZEXUNICO

10-LE

15- CRES

P-IR

16- PRINCIPAIS SÍMPTOMOS E SINAIS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Recl. frst esposta de rôlos  
uma diafr. segmentar + frst. HPC.

17- CONDIÇÕES DE VIDA PARA A INTERNAÇÃO

7-fo crnq.



18- PRINCIPAIS RESULTADOS (EXAMES ADAPTAÇÕES) (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

EKG + Rx

19- OPERAÇÃO DO BILHÉU

frat bordo + lra + metacarpo

20- DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Oskerintese frst autêntico + frst. colono direto + 711

21- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

Dr. Jonathan C. Zappa

22- CLÍNICA

23- CADA DE PERTINÊNCIA

24- DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

25- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E ASSISTENTE

26- NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE

27- CRES

28- CRES

29- CRES

30- CRES

31- CRES

32- CRES

33- CRES

34- CRES

35- CRES

36- CRES

37- CRES

38- CRES

39- CRES

40- CRES

41- CRES

42- CRES

43- CRES

44- CRES

45- CRES

46- CRES

47- CRES

48- CRES

49- CRES

50- CRES

51- CRES

52- CRES

53- CRES

54- CRES

55- CRES

56- CRES

57- CRES

58- CRES

59- CRES

60- CRES

61- CRES

62- CRES

63- CRES

64- CRES

65- CRES

66- CRES

67- CRES

68- CRES

69- CRES

70- CRES

71- CRES

72- CRES

73- CRES

74- CRES

75- CRES

76- CRES

77- CRES

78- CRES

79- CRES

80- CRES

81- CRES

82- CRES

83- CRES

84- CRES

85- CRES

86- CRES

87- CRES

88- CRES

89- CRES

90- CRES

91- CRES

92- CRES

93- CRES

94- CRES

95- CRES

96- CRES

97- CRES

98- CRES

99- CRES

100- CRES

101- CRES

102- CRES

103- CRES

104- CRES

105- CRES

106- CRES

107- CRES

108- CRES

109- CRES

110- CRES

111- CRES

112- CRES

113- CRES

114- CRES

115- CRES

116- CRES

117- CRES

118- CRES

119- CRES

120- CRES

121- CRES

122- CRES

123- CRES

124- CRES

125- CRES

126- CRES

127- CRES

128- CRES

129- CRES

130- CRES

131- CRES

132- CRES

133- CRES

134- CRES

135- CRES

136- CRES

137- CRES

138- CRES

139- CRES

140- CRES

141- CRES

142- CRES

143- CRES

144- CRES

145- CRES

146- CRES

147- CRES

148- CRES

149- CRES

150- CRES

151- CRES

152- CRES

153- CRES

154- CRES

155- CRES

156- CRES

157- CRES

158- CRES

159- CRES

160- CRES

161- CRES

162- CRES

163- CRES

164- CRES

165- CRES

166- CRES

167- CRES

168- CRES

169- CRES

170- CRES

171- CRES

172- CRES

173- CRES

174- CRES

175- CRES

176- CRES

177- CRES

178- CRES

179- CRES

180- CRES

181- CRES

182- CRES

183- CRES

184- CRES

185- CRES

186- CRES

187- CRES

188- CRES

189- CRES

190- CRES

191- CRES

192- CRES

193- CRES

194- CRES

195- CRES

196- CRES

197- CRES

198- CRES

199- CRES

200- CRES

201- CRES

202- CRES

203- CRES

204- CRES

205- CRES

206- CRES

207- CRES

208- CRES

209- CRES

210- CRES

211- CRES

212- CRES

213- CRES

214- CRES

215- CRES

216- CRES

217- CRES

218- CRES

219- CRES

220- CRES

221- CRES

222- CRES

223- CRES

224- CRES

225- CRES

226- CRES

227- CRES

228- CRES

229- CRES

230- CRES

231- CRES

232- CRES

233- CRES

234- CRES

235- CRES

236- CRES

237- CRES

238- CRES

239- CRES

240- CRES

241- CRES

242- CRES

243- CRES

244- CRES

245- CRES

246- CRES

247- CRES

248- CRES

249- CRES

250- CRES

251- CRES

252- CRES

253- CRES

254- CRES

255- CRES

256- CRES

257- CRES

258- CRES

259- CRES

260- CRES

261- CRES

262- CRES

263- CRES

264- CRES

265- CRES

266- CRES

267- CRES

268- CRES

269- CRES

270- CRES

271- CRES

272- CRES

273- CRES

274- CRES

275- CRES

276- CRES

277- CRES

278- CRES

279- CRES

280- CRES

281- CRES

282- CRES

283- CRES

284- CRES

285- CRES

286- CRES

287- CRES

288- CRES

289- CRES

290- CRES

291- CRES

292- CRES

293- CRES

294- CRES

295- CRES

296- CRES

297- CRES





**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA**  
Descrição de Procedimento

Nome: Anderson Soubera de Costa  
Data: 07/04/19

Profissionais: Dr Fernando Junges.

- 1-Paciente em DDH + assepsia + antisepsia+ campos estéreis.
- 2-Anestesia Local em 5º espaço intercostal em Hémitórax 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 romba com avaliação digital com saída de ar sob pressão.
- 5-Passagem de tubo nº 36, em sentido póstero-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 funcionante e oscilante
- 9- Raio-X de Tórax de controle.

Dr. Luis Fernando Junges  
Cruzeiro Geral  
ROE-131 / CRM-RR 1683



SISTEMA OPERATÓRIO

Início operação B. Corte

Data 07/04/14

04

DIAGNÓSTICO PRÉ OPERATÓRIO: Fract de radio e ulna distal, operação

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: + Fract de radio e ulna distal +

TIPO DE INTERVENÇÃO: Fract MTC +

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Osteossíntese + IVC

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIAO Jonathan 1º auxiliar:

2º auxiliar: INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar: ANESTESIA:

ANESTESISTA: Paulo ANESTÉSICO:

NÚCIO: H:M: DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Feche a art abd em anestesia

2) Entubação - insuflação

3) Incisão Nro Thiers + Dissecção pl/planos

4) HMC cl 8F open exclusive

5) Delineio do foco - Triângulo cl/planos DEP + parafusos

6) Incisão sobre a ulna - Dissecção pl/planos

7) Ressecção e fixação cl/planos DEP + parafusos

8) Introdução de fixador de Colles em radio distal após HMC expositiva, visualizado pedaço de massa óssea abundante

Sutura pl/planos (no) Cerrado

Intraoperative notes  
1. Osteosynthesis  
2. Radio + Ulna  
3. Fracture  
4. 8F HMC  
5. Fixation  
6. Closure



CONSELHO DE ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

EVALUACAO DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		RA	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Indenem 300000 de Corder					CT / 04/2030
TIPO		CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
osteosintese de Radice		INICIO	TEM	TEMPO TOTAL	
Cirurgia		11:35	13:55	40	
CIRURGIA		EQUIPE MÉDICA		ANESTESIA	
Cirurgia		RES. ANESTESIA:		Res. Gáseas	
Cirurgia		INSTRUMENTADOR		Res. Drenos	
1º AUXILIAR		CIRULANTE		Res. Cortos	
2º AUXILIAR		Res. Circulante			
TIPO DE ANESTSIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:		VALOR	
QUANT.		MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
		PCIS COMPRESSAS C/03			FRASCOS-SORO FISIOLOGICO, 5%
		UNID.			500 ml
		PACOTES GAZE			FRASCOS-SORO RINGER LACTADO
		LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS-SORO GLICOSADO
		LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL N°
		LUVA ESTERIL 8.0			1 FIO MONONYLON N° 2.0
		LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°
		LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°
		FÂMINA BISTURI N° 21			FIO CATGUT SIMPLES N°
		DRENOS DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°
		DRENOS DE TORAX N°			FIO PROLINE N°
		DRENOS DE PENROSE N°			FIO SEDA N°
		SERINGA 01ML			SURGICEL
		SERINGA 02ML			OFRA DORSO
		SERINGA 05ML			KHICATARATA N° Clor.
		SERINGA 10ML			ONOFRAT
		SERINGA 20ML			FITA CARNIAGA
					OUTROS: Elastoplast





**PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO**  
**Evolução Médica Diurna**

DATA: 09/04/2019 | DI/HOR: | UN: | IDADE: | ÁREA: AMARILHA | SETOR:

NOME: Andresson B. Costa

**DIAGNÓSTICOS:**

DISPOSITIVOS	BALANÇO HÍDRICO	ANTIBIÓTICOS
AVC:	ADMINISTRADO (ESTIMADO):	Cefotaxima (2g)
PAI:	DIURESE:	Gentamicina (80)
TOT/TQI: 0	UF:	metronidazole (0,5g)
VM:	BH	
Outras:	BH ACUMULADO:	
<u>Últimas 24hs:</u> ATax: 34,7 - 36,5°C PMS: 111 - 163 APAD: 60 - 96	ΔFC: 84 - 112 ΔHU: 18 - 19 Δ Glicemias: Drenos: Lado (1) - 300 ml Lado (2) - 150 ml	Clearance/Cr: Evacuações: SNC:

**Evolução nas últimas 24h:**

Parceria estável, hemodinâmica normal, sem DVA, sem SVA, sem febre, com dor de estômago e dor nasal de 22h min.

Exame Físico: BEG ( ) RFG (x) MFG ( ) / Anterior (x) ou Iletrico ( ) / /  
 Hidratado (x) ou Desidratado ( ) / /14 / Consciente (x) ou Desorientado ( )  
 Curado ( ) ou Hipocorado (x) 2w /14 / Aciapótico (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, RIIA -

( ) Outros: \_\_\_\_\_

**Ext:**

(x) Bom perfusão periférica (< 3s), Ausência de edemas, Panterrícias livre

( ) Outros: \_\_\_\_\_

**NEUR:**

(x) Glasgow 15 / Pupilas Isocônicas (fotoreceptora) / RCM + (x) RHM - ( ) / RAMSAY: \_\_\_\_\_

Outros: \_\_\_\_\_

Impressão Diagnóstica: Estável

Conduta: 103. Cúmuloz. 29. Infecção

*Salvo  
Médico  
Médico*



**PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO**  
**EVOLUÇÃO MÉDICA NOTURNA**

DATA: 10/04/2019 IDADE: 42a 11h0: 06 ÁREA: AMARILHA  
 NOME: Anderson Barbosa Costa

**HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS:**

Pelivariante + fratura média/pélvica ( ) + IAT bilateral (hemorragia)  
 DVA: ( )  
 IOT/TQT: ( )  
 VM: ( )  
 SVD: Sim  
 SNG/SNE: ( )  
 SEDOANALGÉSIA: ( )

**ANTIBIÓTICOS:**  
 Cefalosporina  
 Metronidazol

**ATUAL**

PO: 98	PRESSÃO ARTERIAL: 146 x 93	FERRE: ( )
FR: 60	GLICEMIA CAPILAR: 67 fute	EVACUAÇÕES:
SO <sub>2</sub> : 99	DIURSE: hematuria	3/ negativo

Evolução Médica Noturna: Pac em Ds a 45°, restituindo exato; vigila; comunicação clara; pulso normalmente; em uso de CHCO<sub>2</sub> p/ manutenção da sat Oz; oligúrico, peúva com evidentes nitrogênios dentro da normalidade, recebendo cloro cia oral e/ou base acetato. Regresso de tensão intenso, c/ sudorese do mero respiratório.

Exame Físico: BEG ( ) REG ( ) MEG ( ) / Anidéfrico ( ) / Crônico ( ) / /+4

Hidratado ( ) ou Desidratado ( ) / /+4 / Consciente ( ) ou Desorientado ( )

Corado ( ) ou Ippocorado ( ) / /+4 / Acidôlico ( ) ou Crônico ( ) / /+4

**Ap. Cardiovascular**

( ) RCR2T, Bulhas normolônticas, sem sopros

( ) DVA? Quais:

**Ap. Respiratório**

( ) MVU em ambos os hemitorax. SRA

( ) Outros: ( ) em ambos

**ABD:** Pequeno

( ) Abdomen Flácido, RHA 1, S/V/M/G

( ) Outros: ( )

**EXT:**

( ) Boa perfusão periférica (< 3s), Panfurrihas livres

**NEUR:**

( ) Glasgow 15 / Pupils ( )

RIM ( ) RIM - ( ) / RAMSAY:

Dr. C. J. G. Henrique

~~Dr. C. J. G. Henrique~~  
 Dr. C. J. G. Henrique  
 Dr. C. J. G. Henrique

**CONDUTA:** Manter viagem normal respiratória.

Hidratação vigorosa + bicarbonato p/ acidificação da urina.

Manter vigília rítmica, rende.

Manter respiração intensiva.

Armando Rock  
 Interno 6º ano

**PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO**  
**EVOLUÇÃO MÉDICA DIURNA**

DATA: 13/04/2019	DI/HGR: 05/03/19	DN: 22/04/78	IDADE: 41	ÁREA: amarela I	LEITO: 4
NOME: Francisco Bandeira da Silva					

**DIAGNÓSTICOS:**

DISPOSITIVOS	BALANÇO HÍDRICO	ANTIBIÓTICOS
AVC: <input checked="" type="checkbox"/> - Subclínico PAI: --- TOT/TQT: TOT VM: --- Outros: SNE, SVD	ADMINISTRAÇÃO (ESTIMADO): DIURESE: 800 ml UF: BH BH ACUMULADO:	- meropenem - teciclofamina - Sulfa + Trimetha

Últimas 24hs:	ΔFC:	Clearence/Cr: - 0
ΔTax:	ΔFR:	Evacuações: --- 0
APAS:	Δ Glicemias: --- 0	SNG: 0
ΔPAD:	Drenos: --- 0	

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

Exame Físico: BEG ( ) REG (x) MEG ( ) / Anictérico (x) ou Ictérico ( ) /+1

Hidratado ( ) ou Desidratado ( ) /+4 / Consciente ( ) ou Desorientado (x)

Carado ( ) ou Hipocarado (x) /+4 / Acidótico (x) ou Cianótico ( ) /+4

Ap. Cardiovascular

(x) RCR2T, BCFN, sem Sopros

( ) Outros: \_\_\_\_\_

( ) DVA? Quais: \_\_\_\_\_

Ap. Respiratório

(x) MV + bilateral, sem Ruidos Adventícios

( ) Outros: C/ Roncos em braços

ABD.:

(x) Flácida, sem visceromegalias, indolor, RHA +

( ) Outros: \_\_\_\_\_

Ext.:

(x) Bom perfusão periférica (< 3s); com edema em MMII Panturrilhas livre

( ) Outros: \_\_\_\_\_

NEUR.:

( ) Glasgow / Pupilas Isocôricas ( \_\_\_\_\_ ), RFM + ( ) RFM - ( ) / RAMSAY: \_\_\_\_\_

Outros: 4

Impressão: Estável, aguardando Vaga ao bloco

Conduta: - monitorizar Sopros clínicos

62

Vento  
Vise

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA - 1<sup>ª</sup> Classificação de Risco - 2019  
 Secretaria de Estado da Saúde  
 Serviço Geral de Roraima - SGR/SE/SE/SGR  
 Av. Engenheiro Eduardo Cunha, 3333

Unidades de Saúde  
 Vermelho  
 Laranja  
 Amarela  
 Verde  
 Azul

Unidades de Saúde  
 Vermelha  
 Laranja  
 Amarela  
 Verde  
 Azul

Unidades de Saúde  
 Vermelha  
 Laranja  
 Amarela  
 Verde  
 Azul

Nro: 141757 29/07/2019 10:04:27

## FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

DIÁRIO 07-19 2

Paciente ANDERFESON BARBOSA DA COSTA  
 Nascimento: 14/12/1977 Idade: 41 A 2 M 15 D CNIS: 700502361247956 CPF: 44695152215  
 RG: 00016074  
 Endereço: Rua - CASIMIRO DE ABREU - 97 - CANARINHO - BGA VISEA - RR  
 Município: CANARINHO  
 Estado: RORAIMA  
 Cidade: VISEA  
 Bairro: VISEA  
 CEP: 69160-000  
 Telefone: (95) 99168-8401  
 Ocupação: NÃO INFORMADA

Class. de Risco: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Cédula: Validação: Autorização: Sis-Pronto  
 Motivo de Atendimento: Consulta de Alimentação Profissional do Atend.: Procedência: Turno: Peso: Pressão:  
 OUTROS: URGENCIA  
 Sair: 112 ou Chegada: Procedimento: Sal: Registrado por:  
 GRANDE TRAUMA: DEMANDA ESPONTÂNEA  
 Queixa Principal: Sintomas: 1. Sintomas Respiratórios 2. Sintomas de Dor

Anamnese de Enfermagem: ESC: TOTAL:  
 Anamnese - (HORA DA CONSULTA: h) 00:00:00 12:00:00 20:00:00 00:00:00

Exame Físico: C.A.:

1. Sintomas Sos Duros crônicos

Síntomas Diagnóstica: Sintomas:

6.401 - Exames Complementares: 1. 2. 3. 4. 5. 6. 7. 8. 9. 10. 11. 12. 13. 14. 15. 16. 17. 18. 19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100. 101. 102. 103. 104. 105. 106. 107. 108. 109. 110. 111. 112. 113. 114. 115. 116. 117. 118. 119. 120. 121. 122. 123. 124. 125. 126. 127. 128. 129. 130. 131. 132. 133. 134. 135. 136. 137. 138. 139. 140. 141. 142. 143. 144. 145. 146. 147. 148. 149. 150. 151. 152. 153. 154. 155. 156. 157. 158. 159. 160. 161. 162. 163. 164. 165. 166. 167. 168. 169. 170. 171. 172. 173. 174. 175. 176. 177. 178. 179. 180. 181. 182. 183. 184. 185. 186. 187. 188. 189. 190. 191. 192. 193. 194. 195. 196. 197. 198. 199. 200. 201. 202. 203. 204. 205. 206. 207. 208. 209. 210. 211. 212. 213. 214. 215. 216. 217. 218. 219. 220. 221. 222. 223. 224. 225. 226. 227. 228. 229. 230. 231. 232. 233. 234. 235. 236. 237. 238. 239. 240. 241. 242. 243. 244. 245. 246. 247. 248. 249. 250. 251. 252. 253. 254. 255. 256. 257. 258. 259. 260. 261. 262. 263. 264. 265. 266. 267. 268. 269. 270. 271. 272. 273. 274. 275. 276. 277. 278. 279. 280. 281. 282. 283. 284. 285. 286. 287. 288. 289. 290. 291. 292. 293. 294. 295. 296. 297. 298. 299. 300. 301. 302. 303. 304. 305. 306. 307. 308. 309. 310. 311. 312. 313. 314. 315. 316. 317. 318. 319. 320. 321. 322. 323. 324. 325. 326. 327. 328. 329. 330. 331. 332. 333. 334. 335. 336. 337. 338. 339. 340. 341. 342. 343. 344. 345. 346. 347. 348. 349. 350. 351. 352. 353. 354. 355. 356. 357. 358. 359. 360. 361. 362. 363. 364. 365. 366. 367. 368. 369. 370. 371. 372. 373. 374. 375. 376. 377. 378. 379. 380. 381. 382. 383. 384. 385. 386. 387. 388. 389. 390. 391. 392. 393. 394. 395. 396. 397. 398. 399. 400. 401. 402. 403. 404. 405. 406. 407. 408. 409. 410. 411. 412. 413. 414. 415. 416. 417. 418. 419. 420. 421. 422. 423. 424. 425. 426. 427. 428. 429. 430. 431. 432. 433. 434. 435. 436. 437. 438. 439. 440. 441. 442. 443. 444. 445. 446. 447. 448. 449. 450. 451. 452. 453. 454. 455. 456. 457. 458. 459. 460. 461. 462. 463. 464. 465. 466. 467. 468. 469. 470. 471. 472. 473. 474. 475. 476. 477. 478. 479. 480. 481. 482. 483. 484. 485. 486. 487. 488. 489. 490. 491. 492. 493. 494. 495. 496. 497. 498. 499. 500. 501. 502. 503. 504. 505. 506. 507. 508. 509. 510. 511. 512. 513. 514. 515. 516. 517. 518. 519. 520. 521. 522. 523. 524. 525. 526. 527. 528. 529. 530. 531. 532. 533. 534. 535. 536. 537. 538. 539. 540. 541. 542. 543. 544. 545. 546. 547. 548. 549. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 550. 551. 552. 553. 554. 555. 556. 557. 558. 559. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 560. 561. 562. 563. 564. 565. 566. 567. 568. 569. 570. 571. 572. 573. 574. 575. 576. 577. 578. 579. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 580. 581. 582. 583. 584. 585. 586. 587. 588. 589. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 590. 591. 592. 593. 594. 595. 596. 597. 598. 599. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 600. 601. 602. 603. 604. 605. 606. 607. 608. 609. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 610. 611. 612. 613. 614. 615. 616. 617. 618. 619. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 620. 621. 622. 623. 624. 625. 626. 627. 628. 629. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 630. 631. 632. 633. 634. 635. 636. 637. 638. 639. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 640. 641. 642. 643. 644. 645. 646. 647. 648. 649. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 650. 651. 652. 653. 654. 655. 656. 657. 658. 659. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 660. 661. 662. 663. 664. 665. 666. 667. 668. 669. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 670. 671. 672. 673. 674. 675. 676. 677. 678. 679. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 680. 681. 682. 683. 684. 685. 686. 687. 688. 689. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 690. 691. 692. 693. 694. 695. 696. 697. 698. 699. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 700. 701. 702. 703. 704. 705. 706. 707. 708. 709. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 710. 711. 712. 713. 714. 715. 716. 717. 718. 719. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 720. 721. 722. 723. 724. 725. 726. 727. 728. 729. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 730. 731. 732. 733. 734. 735. 736. 737. 738. 739. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 740. 741. 742. 743. 744. 745. 746. 747. 748. 749. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 750. 751. 752. 753. 754. 755. 756. 757. 758. 759. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 760. 761. 762. 763. 764. 765. 766. 767. 768. 769. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 770. 771. 772. 773. 774. 775. 776. 777. 778. 779. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 780. 781. 782. 783. 784. 785. 786. 787. 788. 789. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 790. 791. 792. 793. 794. 795. 796. 797. 798. 799. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 800. 801. 802. 803. 804. 805. 806. 807. 808. 809. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 810. 811. 812. 813. 814. 815. 816. 817. 818. 819. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 820. 821. 822. 823. 824. 825. 826. 827. 828. 829. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 830. 831. 832. 833. 834. 835. 836. 837. 838. 839. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 840. 841. 842. 843. 844. 845. 846. 847. 848. 849. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 850. 851. 852. 853. 854. 855. 856. 857. 858. 859. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 860. 861. 862. 863. 864. 865. 866. 867. 868. 869. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 870. 871. 872. 873. 874. 875. 876. 877. 878. 879. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 880. 881. 882. 883. 884. 885. 886. 887. 888. 889. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 890. 891. 892. 893. 894. 895. 896. 897. 898. 899. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 900. 901. 902. 903. 904. 905. 906. 907. 908. 909. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 910. 911. 912. 913. 914. 915. 916. 917. 918. 919. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 920. 921. 922. 923. 924. 925. 926. 927. 928. 929. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 930. 931. 932. 933. 934. 935. 936. 937. 938. 939. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 940. 941. 942. 943. 944. 945. 946. 947. 948. 949. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 950. 951. 952. 953. 954. 955. 956. 957. 958. 959. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 960. 961. 962. 963. 964. 965. 966. 967. 968. 969. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 970. 971. 972. 973. 974. 975. 976. 977. 978. 979. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 980. 981. 982. 983. 984. 985. 986. 987. 988. 989. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 990. 991. 992. 993. 994. 995. 996. 997. 998. 999. 1000. 1001. 1002. 1003. 1004. 1005. 1006. 1007. 1008. 1009. 1000. 1001. 1002. 1003. 1004. 1005. 1006. 1007. 1008. 1009. 1010. 1011. 1012. 1013. 1014. 1015. 1016. 1017. 1018. 1019. 1010. 1011. 1012. 1013. 1014. 1015. 1016. 1017. 1018. 1019. 1020. 1021. 1022. 1023. 1024. 1025. 1026. 1027. 1028. 1029. 1020. 1021. 1022. 1023. 1024. 1025. 1026. 1027. 1028. 1029. 1030. 1031. 1032. 1033. 1034. 1035. 1036. 1037. 1038. 1039. 1030. 1031. 1032. 1033. 1034. 1035. 1036. 1037. 1038. 1039. 1040. 1041. 1042. 1043. 1044. 1045. 1046. 1047. 1048. 1049. 1040. 1041. 1042. 1043. 1044. 1045. 1046. 1047. 1048. 1049. 1050. 1051. 1052. 1053. 1054. 1055. 1056. 1057. 1058. 1059. 1050. 1051. 1052. 1053. 1054. 1055. 1056. 1057. 1058. 1059. 1060. 1061. 1062. 1063. 1064. 1065. 1066. 1067. 1068. 1069. 1060. 1061. 1062. 1063. 1064. 1065. 1066. 1067. 1068. 1069. 1070. 1071. 1072. 1073. 1074. 1075. 1076. 1077. 1078. 1079. 1070. 1071. 1072. 1073. 1074. 1075. 1076. 1077. 1078. 1079. 1080. 1081. 1082. 1083. 1084. 1085. 1086. 1087. 1088. 1089. 1080. 1081. 1082. 1083. 1084. 1085. 1086. 1087. 1088. 1089. 1090. 1091. 1092. 1093. 1094. 1095. 1096. 1097. 1098. 1099. 1090. 1091. 1092. 1093. 1094. 1095. 1096. 1097. 1098. 1099. 1100. 1101. 1102. 1103. 1104. 1105. 1106. 1107. 1108. 1109. 1100. 1101. 1102. 1103. 1104. 1105. 1106. 1107. 1108. 1109. 1110. 1111. 1112. 1113. 1114. 1115. 1116. 1117. 1118. 1119. 1110. 1111. 1112. 1113. 1114. 1115. 1116. 1117. 1118. 1119. 1120. 1121. 1122. 1123. 1124. 1125. 1126. 1127. 1128. 1129. 1120. 1121. 1122. 1123. 1124. 1125. 1126. 1127. 1128. 1129. 1130. 1131. 1132. 1133. 1134. 1135. 1136. 1137. 1138. 1139. 1130. 1131. 1132. 1133. 1134. 1135. 1136. 1137. 1138. 1139. 1140. 1141. 1142. 1143. 1144. 1145. 1146. 1147. 1148. 1149. 1140. 1141. 1142. 1143. 1144. 1145. 1146. 1147. 1148. 1149. 1150. 1151. 1152. 1153. 1154. 1155. 1156. 1157. 1158. 1159. 1150. 1151. 1152. 1153. 1154. 1155. 1156. 1157. 1158. 1159. 1160. 1161. 1162. 1163. 1164. 1165. 1166. 1167. 1168. 1169. 1160. 1161. 1162. 1163. 1164. 1165. 1166. 1167. 1168. 1169. 1170. 1171. 1172. 1173. 1174. 1175. 1176. 1177. 1178. 1179. 1170. 1171. 1172. 1173. 1174. 1175. 1176. 1177. 1178. 1179. 1180. 1181. 1182. 1183. 1184. 1185. 1186. 1187. 1188. 1189. 1180. 1181. 1182. 1183. 1184. 1185. 1186. 1187. 1188. 1189. 1190. 1191. 1192. 1193. 1194. 1195. 1196. 1197. 1198. 1199. 1190. 1191. 1192. 1193. 1194. 1195. 1196. 1197. 1198. 1199. 1200. 1201. 1202. 1203. 1204. 1205. 1206. 1207. 1208. 1209. 1200. 1201. 1202. 1203. 1204. 1205. 1206. 1207. 1208. 1209. 1210. 1211. 1212. 1213. 1214. 1215. 1216. 1217. 1218. 1219. 1210. 1211. 1212. 1213. 1214. 1215. 1216. 1217. 1218. 1219. 1220. 1221. 1222. 1223. 1224. 1225. 1226. 1227. 1228. 1229. 1220. 1221. 1222. 1223. 1224. 1225. 1226. 1227. 1228. 1229. 1230. 1231. 1232. 1233. 1234. 1235. 1236. 1237. 1238. 1239. 1230. 1231. 1232. 1233. 1234. 1235. 1236. 1237. 1238. 1239. 1240. 1241. 1242. 1243. 1244. 1245. 1246. 1247. 1248. 1249. 1240. 1241. 1242. 1243. 1244. 1245. 1246. 1247. 1248. 1249. 1250. 1251. 1252. 1253. 1254. 1255. 1256. 1257. 1258. 1259. 1250. 1251. 1252. 1253. 1254. 1255. 1256. 1257. 1258. 1259. 1260. 1261. 1262. 1263. 1264. 1265. 1266.



CONTROLE OPERATÓRIO

Data: 29/07/19

03

Anderson Barbosa da Costa  
41 anosDIAGNÓSTICO PRE-OPERATÓRIO: Peritonite subaguda tóxica

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Craniotomia

DICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O peritoniteCIRURGIAO: Dr. Mário BanguaANESTESE: Dr. Fábio César Ribeiro

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pavete em OOF sob anestesia geral + IDT + V.A.
- 2) Abreço + entorseco + colonoscopia de campo estéril.
- 3) Interv. VTA (3) + abertura no plano + remoção FP (3) + drenos.
- 4) Drenagem de volumes hemicólicas subfascial e capsular.
- 5) Fim da firmeza.
- 6) Drenoplastia e coloquação do flap ósseo.
- 7) Sutura no plano. 8) Laringe + orofaringe.
- 9) Dreno portex no subfascial.

 Mário Teixeira de Oliveira  
 Prof. Dr. Mário Teixeira  
 CRM-RJ 14048

SUS

Sistema Único do Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

- Identificação do Estabelecimento de Saúde -

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

4 - CNES

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE

Ovalvesa T. G. V. T. A.

6 - NOME DA FAMILIAR

7 - CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - CARTA DE REFERENCIA

9 - NOME DA MARCA DO RESPONSÁVEL

10 - NOME DA MARCA DO RESPONSÁVEL

11 - FONE DE DIA (RUA)

12 - FONE DE NOITE (RUA)

13 - NOME DO RESIDENTE

14 - CÓD. DE MUNICÍPIO - 15 - UF - 16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINTOMAS E ANAMNESIS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Pat cl. A. + atec  
sob susp de h

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

17/01/15

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

ex a g

20 - DIAGNÓSTICO

21 - CÓD. ICD-10 PRINCIPAL

22 - CÓD. ICD-10 ASSOCIAÇÃO

23 - CÓD. ICD-10 ASSOCIAÇÃO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO BOLICITADO

17/01/15

25 - CLÍNICA

26 - CÓDIGO DA EMPRESA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

29 - N.º DOCUMENTO (RNCAP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ESTRANGEIRO

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ESTRANGEIRO

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO (EX: 05/01/2015) (P. DO REGISTRO DO CONSELHO)

89/11/15

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

32 - CÓDIGO DA SEGURO-DO-TRABALHO

33 - CNPJ DA SEGURO-DO-TRABALHO

34 - N.º DO SEGURO-DO-TRABALHO

35 - N.º DO SEGURO-DO-TRABALHO

36 - N.º DO SEGURO-DO-TRABALHO

37 - N.º DO SEGURO-DO-TRABALHO

38 - N.º DO SEGURO-DO-TRABALHO

39 - N.º DO SEGURO-DO-TRABALHO

40 - N.º DO SEGURO-DO-TRABALHO

41 - N.º DO SEGURO-DO-TRABALHO

42 - N.º DO SEGURO-DO-TRABALHO

43 - N.º DO SEGURO-DO-TRABALHO

44 - N.º DO SEGURO-DO-TRABALHO

45 - N.º DO SEGURO-DO-TRABALHO

46 - N.º DO SEGURO-DO-TRABALHO

47 - N.º DO SEGURO-DO-TRABALHO

## AUTORIZAÇÃO

48 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

49 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

50 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

51 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

52 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

53 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

54 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

55 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

56 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

57 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

58 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

59 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

60 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

61 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

62 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

63 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

64 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

65 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

66 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

67 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

68 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

69 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

70 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

71 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

72 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

73 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

74 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

75 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

76 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

77 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

78 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

79 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

80 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

81 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

82 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

83 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

84 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

85 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

86 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

87 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

88 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

89 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

90 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

91 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

92 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

93 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

94 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

95 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

96 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

97 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

98 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

99 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

100 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

101 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

102 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

103 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

104 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

105 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

106 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

107 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

108 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

109 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

110 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

111 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

112 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

113 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

114 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

115 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

116 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

117 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

118 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

119 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

120 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

121 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

122 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

123 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

124 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

125 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

126 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

127 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

128 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

129 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

130 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

131 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

132 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

133 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

134 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

135 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

136 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

137 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

138 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

139 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

140 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

141 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

142 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

143 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

144 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

145 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

146 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

147 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

148 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

149 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

150 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

151 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

152 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

153 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

154 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

155 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

156 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

157 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

158 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

159 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

160 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

161 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

162 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

163 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

164 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

165 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

166 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

167 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

168 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

169 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

170 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

171 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

172 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

173 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

174 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

175 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

176 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

177 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

178 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

179 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

180 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

181 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

182 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

183 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

184 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

185 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

186 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

187 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

188 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

189 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

190 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

191 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

192 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

193 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

194 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

195 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

196 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

197 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

198 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

199 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

200 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

201 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

202 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

203 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

204 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

205 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

206 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

207 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

208 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

209 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

210 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

211 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

212 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

213 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

214 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

215 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

216 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

217 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

218 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

219 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

220 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

221 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

222 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

223 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

224 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

225 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

226 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

227 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

228 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

229 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

230 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

231 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

232 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

233 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

234 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

235 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

236 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

237 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

238 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

239 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

240 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

241 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

242 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

243 - N.º DO FONTECIAL AUTORIZADOR

HCR

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 25/2/19

OS: \_\_\_\_\_

ondeverosa fibrose

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

EDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIAO:

1º Cirurgião

ANESTESIA:

Duração:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CLÍNICO

- ① Pct fibroso anterior
- ② desprendimento de artéria
- ③ cavação de arterias
- ④ Retirada arteria da
- Sutura Fimbra e Mão (3 fios)
- ⑤ manipulação
- fimbra e mão e MTC
- ⑥ curto



Anderson Barbosa da Costa 41 anos

Reservatório de anestesia - Nitro - Nitrox 50/50

29.07.2014

19:00

20:00

21:00

22:00

	15	20	25	30	35	40	45
1. N2O							
2. N2							
3. O2							
4. CO <sub>2</sub>							
5. N2O							
6. O2							
7. CO <sub>2</sub>							
8. N2							
9. O2							
10. N2O							
11. O2							
12. CO <sub>2</sub>							
13. N2							
14. O2							
15. N2O							
16. O2							
17. CO <sub>2</sub>							
18. N2							
19. O2							
20. N2O							
21. O2							
22. CO <sub>2</sub>							
23. N2							
24. O2							
25. N2O							
26. O2							
27. CO <sub>2</sub>							
28. N2							
29. O2							
30. N2O							
31. O2							
32. CO <sub>2</sub>							
33. N2							
34. O2							
35. N2O							
36. O2							
37. CO <sub>2</sub>							
38. N2							
39. O2							
40. N2O							
41. O2							
42. CO <sub>2</sub>							
43. N2							
44. O2							
45. N2O							
46. O2							
47. CO <sub>2</sub>							
48. N2							
49. O2							
50. N2O							
51. O2							
52. CO <sub>2</sub>							
53. N2							
54. O2							
55. N2O							
56. O2							
57. CO <sub>2</sub>							
58. N2							
59. O2							
60. N2O							
61. O2							
62. CO <sub>2</sub>							
63. N2							
64. O2							
65. N2O							
66. O2							
67. CO <sub>2</sub>							
68. N2							
69. O2							
70. N2O							
71. O2							
72. CO <sub>2</sub>							
73. N2							
74. O2							
75. N2O							
76. O2							
77. CO <sub>2</sub>							
78. N2							
79. O2							
80. N2O							
81. O2							
82. CO <sub>2</sub>							
83. N2							
84. O2							
85. N2O							
86. O2							
87. CO <sub>2</sub>							
88. N2							
89. O2							
90. N2O							
91. O2							
92. CO <sub>2</sub>							
93. N2							
94. O2							
95. N2O							
96. O2							
97. CO <sub>2</sub>							
98. N2							
99. O2							
100. N2O							
101. O2							
102. CO <sub>2</sub>							
103. N2							
104. O2							
105. N2O							
106. O2							
107. CO <sub>2</sub>							
108. N2							
109. O2							
110. N2O							
111. O2							
112. CO <sub>2</sub>							
113. N2							
114. O2							
115. N2O							
116. O2							
117. CO <sub>2</sub>							
118. N2							
119. O2							
120. N2O							
121. O2							
122. CO <sub>2</sub>							
123. N2							
124. O2							
125. N2O							
126. O2							
127. CO <sub>2</sub>							
128. N2							
129. O2							
130. N2O							
131. O2							
132. CO <sub>2</sub>							
133. N2							
134. O2							
135. N2O							
136. O2							
137. CO <sub>2</sub>							
138. N2							
139. O2							
140. N2O							
141. O2							
142. CO <sub>2</sub>							
143. N2							
144. O2							
145. N2O							
146. O2							
147. CO <sub>2</sub>							
148. N2							
149. O2							
150. N2O							
151. O2							
152. CO <sub>2</sub>							
153. N2							
154. O2							
155. N2O							
156. O2							
157. CO <sub>2</sub>							
158. N2							
159. O2							
160. N2O							
161. O2							
162. CO <sub>2</sub>							
163. N2							
164. O2							
165. N2O							
166. O2							
167. CO <sub>2</sub>							
168. N2							
169. O2							
170. N2O							
171. O2							
172. CO <sub>2</sub>							
173. N2							
174. O2							
175. N2O							
176. O2							
177. CO <sub>2</sub>							
178. N2							
179. O2							
180. N2O							
181. O2							
182. CO <sub>2</sub>							
183. N2							
184. O2							
185. N2O							
186. O2							
187. CO <sub>2</sub>							
188. N2							
189. O2							
190. N2O							
191. O2							
192. CO <sub>2</sub>							
193. N2							
194. O2							
195. N2O							
196. O2							
197. CO <sub>2</sub>							
198. N2							
199. O2							
200. N2O							
201. O2							
202. CO <sub>2</sub>							
203. N2							
204. O2							
205. N2O							
206. O2							
207. CO <sub>2</sub>							
208. N2							
209. O2							
210. N2O							
211. O2							
212. CO <sub>2</sub>							
213. N2							
214. O2							
215. N2O							
216. O2							
217. CO <sub>2</sub>							
218. N2							
219. O2							
220. N2O							
221. O2							
222. CO <sub>2</sub>							
223. N2							
224. O2							
225. N2O							
226. O2							
227. CO <sub>2</sub>							
228. N2							
229. O2							
230. N2O							
231. O2							
232. CO <sub>2</sub>							
233. N2							
234. O2							
235. N2O							
236. O2							
237. CO <sub>2</sub>							
238. N2							
239. O2							
240. N2O							
241. O2							
242. CO <sub>2</sub>							
243. N2							
244. O2							

## NOTA DE MATRÉRICA CONSUMIDO EM CIRURGIA

41º

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
<i>Anderson Barbosa de Costa</i>		00030074	29/07/14
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO <i>Drenagem de hemotórax subdorso</i>		INÍCIO 20:07	FEW. 22:04
CIRURGIA <i>Dr. Fabrício Almeida</i>		EQUIPE MÉDICA	
1º AUXILIAR <i>Dr. Alvaro Hugo</i>		ANESTESISTA <i>Dr. Edino</i>	RES. ANESTESIA <i>Res. Andressa</i>
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR <i>Beatriz e Evani</i>	
TIPO DE ANESTESIA <i>General</i>		CIRCULANTE <i>Elaine Soárez</i>	
MATERIAL		TEMPO DE DURAÇÃO	
UNID.	VALOR	QTD	VALOR
1 PCT COMPRESSAS CY 03		FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO 500ML	
1 UNID.		FRASCOS-SORO RINGER LACTADO	
1 PACOTES GAZE		FRASCOS-SORO GLICOSADO	
1 LUVA ESTÉRIL 7.0		FIO VICRYL N°	
1 LUVA ESTÉRIL 7.5		FIO MONONYLON N° 2-0 0.173.0	
1 LUVA ESTÉRIL 8.0		FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
1 LUVA ESTÉRIL 8.5		FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	
1 LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		FIO CATHUT SIMPLES N°	
1 LÂMINA BISTURI N° 15, 24		FIO CATHUT CROMAJO N°	
1 DRENO DE SUÇÃO N°		FIO PROLUNE N° 4-0	
1 DRENO DE TORAX N°		FIO SEDA N°	
1 DRENO DE PENROSE N°		SUTIGEL 100 10 <sup>3</sup> 7.0	
1 SERINGA 100ML		CERA DE OSSO	
1 SERINGA 03ML		REFLETOR	
1 SERINGA 05ML		Equipo monitorado	
1 SERINGA 10ML		5.000ML Eletrodo	
1 SERINGA 30ML		1.000ML sonda de foley 14	
1 SERINGA 50ML		OUTROS coletor de urina	
1 SERINGA 100ML		Gelfoam	

MATERIAL E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS NA SALA  
DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR (A) ENFERMEIRA CHEFIA

*Silvana*

FUNCIONÁRIO(CALCULOS)

CIRCULANTE DA SALA

OFERTAR NA C. DO PACIENTE

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONFIABILIDADE



Glossary

卷之三

CONFIRMAR QUANTOS OS MEMBROS DA  
FAMÍLIA SÃO PARA PEGAR O NOME

DE PROGRESSO ATÉ DA RUA, DE JUVENTUDE, DE  
CULTURA, DE JUSTIÇA, DE LIBERDADE, DE  
OLDA, EQUIDADE, MÉDICA, CULTURAL, HABITAT, DE  
VARRA, DE TRABALHO, DE SUSTENTABILIDADE.

**PROJETO ALISTE-OLITA VENDE MERCOSUL**

— O NOME DO PAGAMENTO FICOU  
REGISTRADO

Wysokość zapłaty za projekt  
wysokość średnicy  
wysokość średnicy

3. STAS CORTEZONI (1871-1941)

## ROZPOČETNÍ PRVEK HÝBÁ

ESTONIA  
150 K.  
1950

Applied ergonomics, 1992, 23, 361-366

320

Le régions peuvent accueillir et reposer. Les régions peuvent accueillir et reposer. Les régions peuvent accueillir et reposer.

2000-2001

do referens nævne bygget, også baseret på, fra  
-tiden og de præcise og direkte til validiteten  
-tiden, også findes (dog respektive de indgående).

卷之三

Gregor Mendel, a monk at the Augustinian Monastery in Brno, Czech Republic, conducted a series of experiments on pea plants in the 1860s that laid the foundation for the field of genetics. His work, published in 1866, described the inheritance of traits from parents to offspring, including the concepts of dominant and recessive traits, and the law of segregation.

NOTAS DE ESTUDOS MÉDICO-LETRISTAS

RECHAZAR LAS ALTERNATIVAS  
DE ELIZABETH WARREN EN MATERIA  
DE PROTECCIÓN DE LOS DEUDORES

卷之三

卷之三

102

卷之三

• 146 •

# PRESCRIÇÃO DIÁRIA

GOVERNO DE TOCANTINS  
"AMAZÔNIA, PATRIMÔNIO DO BRASIL"  
HOSPITAL GERAL DE TOCANTINS

M 62 NO-3

UNIDADE/SETOR:

QUARTO:

LEITO:

NR REGISTRO

NOME DO PACIENTE:

Anderson Barbosa de Góes. Henrique Silveira Lemos.

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA/HORA:

29/10/19

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

OBSERVAÇÕES:

HORÁRIO:

24:00

23:00

22:00

21:00

20:00

19:00

18:00

17:00

16:00

15:00

14:00

13:00

12:00

11:00

10:00

09:00

08:00

07:00

06:00

05:00

04:00

03:00

02:00

01:00

00:00

23:00

22:00

21:00

20:00

19:00

18:00

17:00

16:00

15:00

14:00

13:00

12:00

11:00



110-3

PRESCRIÇÃO DIÁRIA  
Gabinete 4015. P. M.  
Lia. Afonso

UNIDADE/SETOR:

QUARTO: 603

LEITO:

Nº REGISTRO

NOME DO PACIENTE: André Luiz Barbosa da Costa - Dr. Gustavo Henrique Silveira Lobo  
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:

DATA/HORA:

31/07/97

PRESCRIÇÃO:

HORÁRIO:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

OBSESSAÇÕES:

1. Ducha quente 500 ml. 12h00  
2. Sop. 400 ml. 12h00  
3. Sop. 400 ml. 12h00  
4. Ducha quente 500 ml. 12h00  
5. Ducha quente 500 ml. 20h00  
6. Pneu - 1000 ml. 20h00  
7. Sop. 400 ml. 20h00  
8. Ducha quente 500 ml. 20h00  
9. Ducha quente 500 ml. 20h00  
10. Ducha quente 500 ml. 20h00  
11. Ducha quente 500 ml. 20h00  
12. Ducha quente 500 ml. 20h00

SN 12:00 14:00 = 06 / 37 min  
manhã 14:00 = 80 6-2-5  
manhã 12:00 = 36 2-5

Tranqueira

13:00 22:00 : 103

16:10 - PASSO 61-PEZ  
17:36,2

18:16:16:00  
54,23

18:18

Hora

21h

36,6

80

7

PA

100

100

36,2-2-8

100



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

**HGR**  
Home & Garden  
Real Estate

W0-3

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

## PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÓNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO)

	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	110x30	70			Dr. Marcio Tiago Q. Barbosa
12 H	105x74	80		36°C	Neurocirurgião
18 H	110x70	80		36°C	CRM- RR : 1496
24 H	110x80	77		36,4°C	

Dr. Marcio Tiago Q. Barbosa  
Neurocirurgião  
CRM- RR : 1496

24 H Ret 80 Ff Flute 12hs Pct. no leito, medicado com: Dimezol despresado de 500  
75ml, aferido 85°V, nega dor cardíaco. Tecido Basal  
acan

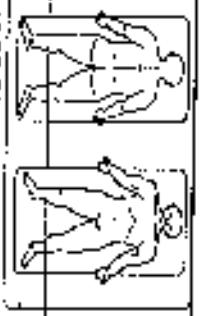
31/07/13 Paciente no fute aferido  
330V adm. medicado e fm.

Maria Jesus Silva Dub  
Tec. en enfermeria  
C. 1995

Inst. Sócio Cultural  
Técnico em Enfermagem  
COREN-RR 903885-75



Protot. nº1  
Versão:01  
Data: 24/08/2019  
Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018  
Paciente: Andreza Bonfá da Costa  
Leito: JC. 3

Localização	 <b>Região: Lateral.</b>		
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPT II-IV <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Fracção <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Preta <input type="checkbox"/> Eslabão <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida recta <input type="checkbox"/> Drenos Sonda <input type="checkbox"/> Outros <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Maculado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		
Pelo Perilesional	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosa/serinco <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosangüíneo <input checked="" type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:		
Tipos de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco		
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorhexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h <input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Admínistrador de Enfermagem Técnica de Enfermagem Coordenador de Enfermagem		
Observações:	Trocada todos os dias Gaze em progresso Sulfadiazina de Prata 750g Coxa 994.622		



**EVOLUÇÃO DO CURATIVO**



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
Paciente: *ANDERSON SAKAMOTO*

Leito: *110-3*

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Finalizada: 12/2018

Data: *02/08/19*

Localização	Região: <i>CABEÇA</i>	Região:
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV <sup>**</sup> <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Traço <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	<input checked="" type="checkbox"/> LPP I II III IV <sup>**</sup> <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Traço <input type="checkbox"/> Fixador.Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Neutra <input type="checkbox"/> Esfavela <input type="checkbox"/> Granulativo <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Drenos/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Neutra <input type="checkbox"/> Esfavela <input type="checkbox"/> Granulativo <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Drenos/Sonda <input type="checkbox"/> Outros
Pele Perifisional	<input checked="" type="checkbox"/> Drenado <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Drenado <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Umido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Umido <input type="checkbox"/> Seco
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Umido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Umido <input type="checkbox"/> Seco
Solução de Fissura	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro:
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diártio <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diártio <input type="checkbox"/> 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<i>TV/CF</i> Profissional: <i>Rebeca S. Ribeiro</i> Data: <i>20/08/2018</i>	
Observações:		



110-03

20  
SUSP  
SUB  
H-11-03  
H-11-03  
SUSP  
notas  
notas

DR. SANTOS LUDIÉRE  
NASCIMENTO  
CRM-RR 1547  
CREF-RR 199

{ sem aparelho de PA no setor.

regida

Gelétrabia da C. Lima  
Técnica de Enfermagem  
CREF-RR 223.775

61	114x77	69	36,6
	121x74	69	36,5

Paciente em repouso no leito. Administradas as medicações  
e enfermeira horário da prescrição. Sem queixas. - gelétrabia da C. Lima  
Técnica de Enfermagem  
CREF-RR 223.775

110-3

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DN	
PACIENTE	ANDERFERNANDO 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 DI 8/8H		8/8 10 AM
3	AVS		10/8 07 30
4	DIPRIVONA 1AMP. IV DE 6/6H		10/8 07 30
5	PLASU. 10MG IV DI 8/8H SN		10/8 07 30
6	SINAIS VITais		10/8 07 30
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM		10/8 07 30
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15	SE DIABÉTICO CORRECÇÃO COM INSULINA REGULAR		
16	PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO).		
17			
18			
19			
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	40		
24H	111x84	79		36°C

07-53h Paciente no leito, nort. e, no 12. h. satisfeitos SSV.  
Segue conselhos da equipe. Kefany S. Vasconcelos

18h. Paciente no leito sem, queixas Kefany S. Vasconcelos  
Adm. reidilacôp. com. 55W. FRC. de Enfermagem.  
dos cuidados de equipe URG-NRR 1.248 30h

60h - Aferido sobre ocorr.  
as medicações e pac.

110-3

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

HGR

## 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			8:00
2	RANITIDINA 50MG IV DE 8:00H			8:00
3	AVS			8:00
4	DIPRITONA 1AMP. IV DE 6:00H			6:00
5	PLASMA 10MG IV DE 8:00H NN			8:00
6	SINAIS VITais			8:00
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM			8:00
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	120/83	79		35 4°C	
12 H	132/66	65	—	36,3°C	
18 H	120/60	83		36 8°C	
24 H	100/63	73		35,15°C	

11:10 Paciente no leito, n.c.p.  
Verificado s.s.v.s see alterações:

Adm. med. cpm. rect n1 queiroz, hsu realizada  
no período. tec. auxiliar de enferm. 866420

10-3

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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DN			
PACIENTE	ANDERFERNANDO BARBOSA DA COSTA			
AGNÓSTICO	PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL			
ALERGIAS	N.D.N.			
IDADE	LEITO	110-3	DATA	07/ago/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DROTA GERAL			S.N.D.
2	RANIDIDINA 50MG IV DR 8/8H			16-24
3	AVS			MANHÃ
4	DIPIRONA 1AMP. IV DE 6/6H			17-18-20
5	PLASIL 10MG IV DE 8/8H S.N.			S.N.
6	SENAIS VITais			100700
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM			
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR			
16	INFORMAR SE HEMATOMA SUBDURAL ESTÁ ENCAPSULADO			
17	1000ML DE LÍQUIDO DIÁRIO			
18	1000ML DE LÍQUIDO DIÁRIO			
19				
20				

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	100x64	26		36°C	
12 H	139x95	96		33.8°C	
18 H	130x90	83		36.	
24 H	133x69	74		36S	

12/08/2019: Adm. Adm. neurocirúrgico c/pas  
55200, cura aparente

Ronaldo Mendes  
Tec. Enfermagem  
COREN-RR 003.842

2h. Trouxido à U.P., gelco nº 22.



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

HGR

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DN		
PACIENTE		ANDERFERNSON BARBOSA DA COSTA		
AGNÓSTICO		PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL		
ALERGIAS		N.D.N		
IDADE		LEITO	110-3	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA GERAL			SN >
2	RANITIDINA 150MG IV DE 8/8H			8h 16h
3	AVS			MANH
4	DIPRIVONA 1AMP. IV DT 6/6H			08 18h
5	PLASIL 10MG IV DE 8/8H SN			SN
6	SINAIS VITais			Portas
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM			Automa
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15	SE DIABÉTICO CORRECÇÃO COM INSULINA REGULAR			
16	15 U de Insulina Regular 100U de Insulina 300U de Insulina			
17	15 U de Insulina Regular 100U de Insulina 300U de Insulina			
18	15 U de Insulina Regular 100U de Insulina 300U de Insulina			
19				
20				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	S/PA	Apparelho		36.5°C
12 H	100x70	77	18	36.3°C
18 H	120x69	91		36.6°C
24 H	110x73	79	-	36.2°C

As 12:00h Paciente no Leito, Afiado  
ssu. Segue sem queixas, Rela-  
do condado da Craniotomia. Medio  
Tecido de Enfermagem  
COREN-RR 352.009-TE

Paciente no Sesto  
Sem queixas, feito  
as medicacões de  
horario, mao referida  
Sinais, ( Sem Apparelho ).  
Requeridas veridades de enfer-

110-3

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



DATA DE ADMISSÃO		DN		
PACIENTE		ANDERFIRSON BARBOSA DA COSTA		
DIAGNOSTICO		PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL		
ALÉRGIAS	N.D.N.			
IDADE		LEITO	110-3	DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA GERAL			5N/
2	BRANTIDINA 50MG 1/4 DE 8ML			8-10-14
3	AVS			MANHÃ
4	DUPRONA 1 AMPO. IV DE 6ML			12-14-16
5	PTASIL 10ML IV DE 5ML 5%			5N
6	SINAIS VITais			10-12-14-16
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM			10-12-14-16
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15	SE DIABÉTICO CORREDÃO COM INSULINA REGULAR			
16	15G DE 100U DE INSULINA REGULAR			
17	100U DE 100U DE INSULINA REGULAR			
18				
19				
20				

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Solicitar nova TC-cranio dia 12.38

	PA	FC	FR	TEMP
6 H	170x76	80	~	36
12 H	120x93	76		36
18 H	130x90	85		
24 H	120x71	84		36,6

18:00 acq/18/2019 pet-mp 1000, r/wifc 2000, adm. insulina 100U dia 12.38  
sem esguec. des. cintilosc.

18:00  
19:00  
20:00

M  
DR. MARCOS SANTOS  
Neurocirurgião  
CRM-FR 375

18:00 Paciente no leito  
está, cometa quadro  
medi 100 e reagindo  
geral. Sint. Fcar

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE NEUROCIURGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DN			
PACIENTE		ANDERFERNANDO BARBOSA DA COSTA			
AGNÓSTICO		PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL			
ALERGIAS		N.D.N.			
IDADE		LEITO	110-3	DATA	10/ago/2019
ITEM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1		DIETA GERAL			8:00-12:00
2		BANTEDINA 50MG IV DE 8/8H			10/ago/2019
3		AVS			12:00
4		DIPRIVYA 1 AMP. IV DE 6/6H			10/ago/2019
5		PTASIL 10MG IV DE 8/8H SN			10/ago/2019
6		SENAIS VITIAIS			10:00-12:00
7		CUIDADOS DE FARMACOLOGIA			8:00-12:00
8					
9					
10					
11					
12					
13					
14					
15		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR			
16		20U CONFORME ESQUEMA: 10-20-10-20U 2-3-5-0U			
17		40U 10-10-10-10U 10-10-10-10U 10-10-10U			
18		GLUCOSA 50G 100ML 100ML 100ML 100ML 100ML			
19		AVOIDAR ALCOOL			
20					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

	PA	FC	FR	TEMP	
6 H					
12 H	100x64	74	—	36,5	
18 H	100x70	80	—	36°C	
24 H	110x70	70		36°C	

6 H 110x70 70

36°C

6:00 Fart. no leito, com queixas, fíle  
SSV, adm. medicas, aus auscultos da  
Confira gyn

DR MARIO L. SANTACRIST  
Neurocirurgia  
CRM RR 913

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

HGR

DATA DE ADMISSÃO	DN	
PACIENTE	ANDERPERSON BARBOSA DA COSTA	
AGNÓSTICO	PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL	
ALERGIAS	N.D.N.	
IDADE	LEITO 110-3 DATA 11/ago/2019	
ITEM	PREScrição	HORÁRIO
1	DIETA GERAL	SN
2	RANTIDOMINA 50MG IV DE R/8HT	14/08
3	AVS	Manten
4	DEPIRONA 1 AMP. IV DE R/6H	12/12/19 16/08
5	PLASIL LONG IV DE R/8HTSN	SN
6	SINAIS VITIAIS	Rotina
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	Rotina
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15	SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR	
16	1SC/2CONFORME ESQUEMA 2100-250-200-25-1000-1000	
17	400-300-350-300-350-350-350-350-350-350	
18	CICLOSE 300ML GLICOSE 90% 10ML/EM 10ML	
19	AVISAR PLANTONISTA	
20		
EVOLUÇÃO MÉDICA:		
PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO). CD: Solicitar nova TC-cranio dia 12.08		

	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H	132/98	91		36C
18 H	130/80	81		36,5
24 H				

DR. MARIO J. SANTACRISTO  
 Neurocirurgião  
 CRM-RR 373

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		
AGNOSTO		PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL		
ALERGIAS		N.D.N.		
IDADE		LEITO	110-3	DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO		
1		DIETA GERAL		
2		RANITIDINA 50MG IV DE 8/8H		
3		AVS		
4		DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H		
5		PT. AST. TONICIV DE 8/8H		
6		SINAIS VITIAIS		
7		CUIDADOS DE ENFERMAGEM		
8		FISIOTERAPIA (ME)		
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR		
16		ISCRIVEN-SE NO MESES QUINASEMESTRAL		
17		AVISAR P/ DIETISTA		
18		AVISAR P/ FARMACÔMICO		
19				
20				

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

Solicitar nova TC-cranio dia 12.08

anub. crm. hematomas  
abs. real

	PA	FC	FR	TEMP	
6 H	90/60	71	—	35,6°C	Dr. MARIO J. SANTOS Neurocirurgião C.R.P. 272
12 H	102/75	80	—	36°C	
18 H	120/80	78	—	36,3°C	
24 H	110/60	78	—	36,6°C	

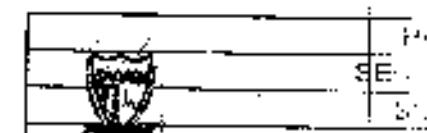
As 12:00hs: Paciente Calmo no leito realizando SS VV e CCOG. Jetô  
Medicado CPM. Aguarde os resultados da enfermagem. T.C. Cris

21

As 15:00 Presente no leito, edmo  
consciente, respondeu, admisso  
relaxado e calmado em todos os  
exames.

Neurocirurgião  
C.R.P. 272

110-3



HOSPITAL GERAL DO RORAIMA  
AGÊNCIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
CENTRO DE NEUROCIRURGIA  
PREScrição MÉDICA

HGR

DATA DE ADMISSÃO: 110-3

PACIENTE: A.

DIAGNÓSTICO: PO

ALERGIAS: N.D.N.

IDADE: 60

ITEM:

1	DIETA GERAL
2	TRANSTOQUE DIA: 4
3	AVS
4	DIPLOMONA 1 AMPO. IV
5	OPASIL 10MG IV 06 X
6	SINAIS VITAIS
7	CHIUDADOS DE ENFERMAGEM
8	
9	
10	
11	
12	
13	
14	
15	SE DIABETICO: (SC), CONJ:
16	4UI:301-350 U/L
17	GLICOSE 5.701
18	AVISAR PL:
19	
20	

## EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMIOTOMA SL. 30

Solicitar nova TC-cranio.  
pneumoencefalo

DN: 110-3

INTERSON BARBOSA DA COSTA

HOTOMIA HEMIOTOMA SUBDURAL

ITEM: 110-3 DATA: 13/ago/2019

HORÁRIO

06:15 201

10:00 202

15:15 203

19:00 204

22:00 205

23:00 206

00:00 207

05:00 208

08:00 209

11:00 210

14:00 211

17:00 212

20:00 213

23:00 214

00:00 215

03:00 216

06:00 217

09:00 218

12:00 219

15:00 220

18:00 221

21:00 222

24:00 223

01:00 224

04:00 225

07:00 226

10:00 227

13:00 228

16:00 229

19:00 230

22:00 231

01:00 232

04:00 233

07:00 234

10:00 235

13:00 236

16:00 237

19:00 238

22:00 239

01:00 240

04:00 241

07:00 242

10:00 243

13:00 244

16:00 245

19:00 246

22:00 247

01:00 248

04:00 249

07:00 250

10:00 251

13:00 252

16:00 253

19:00 254

22:00 255

01:00 256

04:00 257

07:00 258

10:00 259

13:00 260

16:00 261

19:00 262

22:00 263

01:00 264

04:00 265

07:00 266

10:00 267

13:00 268

16:00 269

19:00 270

22:00 271

01:00 272

04:00 273

07:00 274

10:00 275

13:00 276

16:00 277

19:00 278

22:00 279

01:00 280

04:00 281

07:00 282

10:00 283

13:00 284

16:00 285

19:00 286

22:00 287

01:00 288

04:00 289

07:00 290

10:00 291

13:00 292

16:00 293

19:00 294

22:00 295

01:00 296

04:00 297

07:00 298

10:00 299

13:00 300

16:00 301

19:00 302

22:00 303

01:00 304

04:00 305

07:00 306

10:00 307

13:00 308

16:00 309

19:00 310

22:00 311

01:00 312

04:00 313

07:00 314

10:00 315

13:00 316

16:00 317

19:00 318

22:00 319

01:00 320

04:00 321

07:00 322

10:00 323

13:00 324

16:00 325

19:00 326

22:00 327

01:00 328

04:00 329

07:00 330

10:00 331

13:00 332

16:00 333

19:00 334

22:00 335

01:00 336

04:00 337

07:00 338

10:00 339

13:00 340

16:00 341

19:00 342

22:00 343

01:00 344

04:00 345

07:00 346

10:00 347

13:00 348

16:00 349

19:00 350

22:00 351

01:00 352

04:00 353

07:00 354

10:00 355

13:00 356

16:00 357

19:00 358

22:00 359

01:00 360

04:00 361

07:00 362

10:00 363

13:00 364

16:00 365

19:00 366

22:00 367

01:00 368

04:00 369

07:00 370

10:00 371

13:00 372

16:00 373

19:00 374

22:00 375

01:00 376

04:00 377

07:00 378

10:00 379

13:00 380

16:00 381

19:00 382

22:00 383

01:00 384

04:00 385

07:00 386

10:00 387

13:00 388

16:00 389

19:00 390

22:00 391

01:00 392

04:00 393

07:00 394

10:00 395

13:00 396

16:00 397

19:00 398

22:00 399

01:00 400

04:00 401

07:00 402

10:00 403

13:00 404

16:00 405

19:00 406

22:00 407

01:00 408

04:00 409

07:00 410

10:00 411

13:00 412

16:00 413

19:00 414

22:00 415

01:00 416

04:00 417

07:00 418

10:00 419

13:00 420

16:00 421

19:00 422

22:00 423

01:00 424

04:00 425

07:00 426

10:00 427

13:00 428

16:00 429

19:00 430

22:00 431

01:00 432

04:00 433

07:00 434

10:00 435

13:00 436

16:00 437

19:00 438

22:00 439

01:00 440

04:00 441

07:00 442

10:00 443

13:00 444

16:00 445

19:00 446

22:00 447

01:00 448

04:00 449

07:00 450

10:00 451

13:00 452

16:00 453

19:00 454

10-3

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

DATA DE ADMISSÃO		DN		
PACIENTE		ANDERFERNAN BARBOSA DA COSTA		
AGNÓSTICO		PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL		
ALERGIAS		N.D.N.		
IDADE		LEITO	110-3	DATA
ITEM		PRESCRIÇÃO		
1		DIETA GERAL		
2		RANITIDINA 50MG IV D16 50ML		
3		AVS		
4		DIPIRONA 1 AMPO. IV D16 660MG		
5		PLASIL 10MG IV D16 8ML ISN		
6		SINAIS VITais		
7		CUIDADOS DE INFERNAGEM		
8		FISIOTERAPIA		
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR CONFORME ESCALONAMENTO 100-150-200-250-300		
16		400-500-600-700-800-900-1000-1100-1200		
17		CONTROLE SANGUE GLICOSE 100-120-140-160-180-200-220-240-260-280-300-320-340-360-380-400-420-440-460-480-500-520-540-560-580-600-620-640-660-680-700-720-740-760-780-800-820-840-860-880-900-920-940-960-980-1000-1020-1040-1060-1080-1100-1120-1140-1160-1180-1200-1220-1240-1260-1280-1300-1320-1340-1360-1380-1400-1420-1440-1460-1480-1500-1520-1540-1560-1580-1600-1620-1640-1660-1680-1700-1720-1740-1760-1780-1800-1820-1840-1860-1880-1900-1920-1940-1960-1980-2000-2020-2040-2060-2080-2100-2120-2140-2160-2180-2200-2220-2240-2260-2280-2300-2320-2340-2360-2380-2400-2420-2440-2460-2480-2500-2520-2540-2560-2580-2600-2620-2640-2660-2680-2700-2720-2740-2760-2780-2800-2820-2840-2860-2880-2900-2920-2940-2960-2980-3000-3020-3040-3060-3080-3100-3120-3140-3160-3180-3200-3220-3240-3260-3280-3300-3320-3340-3360-3380-3400-3420-3440-3460-3480-3500-3520-3540-3560-3580-3600-3620-3640-3660-3680-3700-3720-3740-3760-3780-3800-3820-3840-3860-3880-3900-3920-3940-3960-3980-4000-4020-4040-4060-4080-4100-4120-4140-4160-4180-4200-4220-4240-4260-4280-4300-4320-4340-4360-4380-4400-4420-4440-4460-4480-4500-4520-4540-4560-4580-4600-4620-4640-4660-4680-4700-4720-4740-4760-4780-4800-4820-4840-4860-4880-4900-4920-4940-4960-4980-5000-5020-5040-5060-5080-5100-5120-5140-5160-5180-5200-5220-5240-5260-5280-5300-5320-5340-5360-5380-5400-5420-5440-5460-5480-5500-5520-5540-5560-5580-5600-5620-5640-5660-5680-5700-5720-5740-5760-5780-5800-5820-5840-5860-5880-5900-5920-5940-5960-5980-6000-6020-6040-6060-6080-6100-6120-6140-6160-6180-6200-6220-6240-6260-6280-6300-6320-6340-6360-6380-6400-6420-6440-6460-6480-6500-6520-6540-6560-6580-6600-6620-6640-6660-6680-6700-6720-6740-6760-6780-6800-6820-6840-6860-6880-6900-6920-6940-6960-6980-7000-7020-7040-7060-7080-7100-7120-7140-7160-7180-7200-7220-7240-7260-7280-7300-7320-7340-7360-7380-7400-7420-7440-7460-7480-7500-7520-7540-7560-7580-7600-7620-7640-7660-7680-7700-7720-7740-7760-7780-7800-7820-7840-7860-7880-7900-7920-7940-7960-7980-8000-8020-8040-8060-8080-8100-8120-8140-8160-8180-8200-8220-8240-8260-8280-8300-8320-8340-8360-8380-8400-8420-8440-8460-8480-8500-8520-8540-8560-8580-8600-8620-8640-8660-8680-8700-8720-8740-8760-8780-8800-8820-8840-8860-8880-8900-8920-8940-8960-8980-9000-9020-9040-9060-9080-9100-9120-9140-9160-9180-9200-9220-9240-9260-9280-9300-9320-9340-9360-9380-9400-9420-9440-9460-9480-9500-9520-9540-9560-9580-9600-9620-9640-9660-9680-9700-9720-9740-9760-9780-9800-9820-9840-9860-9880-9900-9920-9940-9960-9980-10000-10020-10040-10060-10080-10100-10120-10140-10160-10180-10200-10220-10240-10260-10280-10300-10320-10340-10360-10380-10400-10420-10440-10460-10480-10500-10520-10540-10560-10580-10600-10620-10640-10660-10680-10700-10720-10740-10760-10780-10800-10820-10840-10860-10880-10900-10920-10940-10960-10980-11000-11020-11040-11060-11080-11100-11120-11140-11160-11180-11200-11220-11240-11260-11280-11300-11320-11340-11360-11380-11400-11420-11440-11460-11480-11500-11520-11540-11560-11580-11600-11620-11640-11660-11680-11700-11720-11740-11760-11780-11800-11820-11840-11860-11880-11900-11920-11940-11960-11980-12000-12020-12040-12060-12080-12100-12120-12140-12160-12180-12200-12220-12240-12260-12280-12300-12320-12340-12360-12380-12400-12420-12440-12460-12480-12500-12520-12540-12560-12580-12600-12620-12640-12660-12680-12700-12720-12740-12760-12780-12800-12820-12840-12860-12880-12900-12920-12940-12960-12980-13000-13020-13040-13060-13080-13100-13120-13140-13160-13180-13200-13220-13240-13260-13280-13300-13320-13340-13360-13380-13400-13420-13440-13460-13480-13500-13520-13540-13560-13580-13600-13620-13640-13660-13680-13700-13720-13740-13760-13780-13800-13820-13840-13860-13880-13900-13920-13940-13960-13980-14000-14020-14040-14060-14080-14100-14120-14140-14160-14180-14200-14220-14240-14260-14280-14300-14320-14340-14360-14380-14400-14420-14440-14460-14480-14500-14520-14540-14560-14580-14600-14620-14640-14660-14680-14700-14720-14740-14760-14780-14800-14820-14840-14860-14880-14900-14920-14940-14960-14980-15000-15020-15040-15060-15080-15100-15120-15140-15160-15180-15200-15220-15240-15260-15280-15300-15320-15340-15360-15380-15400-15420-15440-15460-15480-15500-15520-15540-15560-15580-15600-15620-15640-15660-15680-15700-15720-15740-15760-15780-15800-15820-15840-15860-15880-15900-15920-15940-15960-15980-16000-16020-16040-16060-16080-16100-16120-16140-16160-16180-16200-16220-16240-16260-16280-16300-16320-16340-16360-16380-16400-16420-16440-16460-16480-16500-16520-16540-16560-16580-16600-16620-16640-16660-16680-16700-16720-16740-16760-16780-16800-16820-16840-16860-16880-16900-16920-16940-16960-16980-17000-17020-17040-17060-17080-17100-17120-17140-17160-17180-17200-17220-17240-17260-17280-17300-17320-17340-17360-17380-17400-17420-17440-17460-17480-17500-17520-17540-17560-17580-17600-17620-17640-17660-17680-17700-17720-17740-17760-17780-17800-17820-17840-17860-17880-17900-17920-17940-17960-17980-18000-18020-18040-18060-18080-18100-18120-18140-18160-18180-18200-18220-18240-18260-18280-18300-18320-18340-18360-18380-18400-18420-18440-18460-18480-18500-18520-18540-18560-18580-18600-18620-18640-18660-18680-18700-18720-18740-18760-18780-18800-18820-18840-18860-18880-18900-18920-18940-18960-18980-19000-19020-19040-19060-19080-19100-19120-19140-19160-19180-19200-19220-19240-19260-19280-19300-19320-19340-19360-19380-19400-19420-19440-19460-19480-19500-19520-19540-19560-19580-19600-19620-19640-19660-19680-19700-19720-19740-19760-19780-19800-19820-19840-19860-19880-19900-19920-19940-19960-19980-20000-20020-20040-20060-20080-20100-20120-20140-20160-20180-20200-20220-20240-20260-20280-20300-20320-20340-20360-20380-20400-20420-20440-20460-20480-20500-20520-20540-20560-20580-20600-20620-20640-20660-20680-20700-20720-20740-20760-20780-20800-20820-20840-20860-20880-20900-20920-20940-20960-20980-21000-21020-21040-21060-21080-21100-21120-21140-21160-21180-21200-21220-21240-21260-21280-21300-21320-21340-21360-21380-21400-21420-21440-21460-21480-21500-21520-21540-21560-21580-21600-21620-21640-21660-21680-21700-21720-21740-21760-21780-21800-21820-21840-21860-21880-21900-21920-21940-21960-21980-22000-22020-22040-22060-22080-22100-22120-22140-22160-22180-22200-22220-22240-22260-22280-22300-22320-22340-22360-22380-22400-22420-22440-22460-22480-22500-22520-22540-22560-22580-22600-22620-22640-22660-22680-22700-22720-22740-22760-22780-22800-22820-22840-22860-22880-22900-22920-22940-22960-22980-23000-23020-23040-23060-23080-23100-23120-23140-23160-23180-23200-23220-23240-23260-23280-23300-23320-23340-23360-23380-23400-23420-23440-23460-23480-23500-23520-23540-23560-23580-23600-23620-23640-23660-23680-23700-23720-23740-23760-23780-23800-23820-23840-23860-23880-23900-23920-23940-23960-23980-24000-24020-24040-24060-24080-24100-24120-24140-24160-24180-24200-24220-24240-24260-24280-24300-24320-24340-24360-24380-24400-24420-24440-24460-24480-24500-24520-24540-24560-24580-24600-24620-24640-24660-24680-24700-24720-24740-24760-24780-24800-24820-24840-24860-24880-24900-24920-24940-24960-24980-25000-25020-25040-25060-25080-25100-25120-25140-25160-25180-25200-25220-25240-25260-25280-25300-25320-25340-25360-25380-25400-25420-25440-25460-25480-25500-25520-25540-25560-25580-25600-25620-25640-25660-25680-25700-25720-25740-25760-25780-25800-25820-25840-25860-25880-25900-25920-25940-25960-25980-26000-26020-26040-26060-26080-26100-26120-26140-26160-26180-26200-26220-26240-26260-26280-26300-26320-26340-26360-26380-26400-26420-26440-26460-26480-26500-26520-26540-26560-26580-26600-26620-26640-26660-26680-26700-26720-26740-26760-26780-26800-26820-26840-26860-26880-26900-26920-26940-26960-26980-27000-27020-27040-27060-27080-27100-27120-27140-27160-27180-27200-27220-27240-27260-27280-27300-27320-27340-27360-27380-27400-27420-27440-27460-27480-27500-27520-27540-27560-27580-27600-27620-27640-27660-27680-27700-27720-27740-27760-27780-27800-27820-27840-27860-27880-27900-27920-27940-27960-27980-28000-28020-28040-28060-28080-28100-28120-28140-28160-28180-28200-28220-28240-28260-28280-28300-28320-28340-28360-28380-28400-28420-28440-28460-28480-28500-28520-28540-28560-28580-28600-28620-28640-28660-28680-28700-28720-28740-28760-28780-28800-28820-28840-28860-28880-28900-28920-28940-28960-28980-29000-29020-29040-29060-29080-29100-29120-29140-29160-29180-29200-29220-29240-29260-29280-29300-29320-29340-29360-29380-29400-29420-29440-29460-29480-29500-29520-29540-29560-29580-29600-29620-29640-29660-29680-29700-29720-29740-29760-29780-29800-29820-29840-29860-29880-29900-29920-29940-29960-29980-30000-30020-30040-30060-30080-30100-30120-30140-30160-30180-30200-30220-30240-30260-30280-30300-30320-30340-30360-30380-30400-30420-30440-30460-30480-30500-30520-30540-30560-30580-30600-30620-30640-30660-30680-30700-30720-30740-30760-30780-30800-30820-30840-30860-30880-30900-30920-30940-30960-30980-31000-31020-31040-31060-31080-31100-31120-31140-31160-31180-31200-31220-31240-31260-31280-31300-31320-31340-31360-31380-31400-31420-31440-31460-31480-31500-31520-31540-31560-31580-31600-31620-31640-31660-31680-31700-31720-31740-31760-31780-31800-31820-31840-31860-31880-31900-31920-31940-31960-31980-32000-32020-32040-32060-32080-32100-32120-32140-32160-32180-32200-32220-32240-32260-32280-32300-32320-32340-32360-32380-32400-32420-32440-32460-32480-32500-32520-32540-32560-32580-32600-32620-32640-32660-32680-32700-32720-32740-32760-32780-32800-32820-32840-32860-32880-32900-32920-32940-32960-32980-33000-33020-33040-33060-33080-33100-33120-33140-33160-33180-33200-33220-33240-33260-33280-33300-33320-33340-33360-33380-33400-33420-33440-33460-33480-33500-33520-33540-33560-33580-33600-33620-33640-33660-33680-33700-33720-33740-33760-33780-33800-33820-33840-33860-33880-33900-33920-33940-33960-33980-34000-34020-34040-34060-34080-34100-34120-34140-34160-34180-34200-34220-34240-34260-34280-34300-34320-34340-34360-34380-34400-34420-34440-34460-34480-34500-34520-34540-34560-34580-34600-34620-34640-34660-34680-34700-34720-34740-34760-34780-34800-34820-34840-34860-34880-34900-34920-34940-34960-34980-35000-35020-35040-35060-35080-35100-35120-35140-35160-35180-35200-35220-35240-35260-35280-35300-35320-35340-35360-35380-35400-35420-35440-35460-35480-35500-35520-35540-35560-35580-35600-35620-35640-35660-35680-35700-35720-35740-35760-35780-35800-35820-35840-35860-35880-35900-35920-35940-35960-35980-36000-36020-36040-36060-36080-36100-36120-36140-36160-36180-36200-36220-36240-36260-36280-36300-36320-36340-36360-36380-36400-36420-36440-36460-36480-36500-36520-36540-36560-36580-36600-36620-36640-36660-36680-36700-36720-36740-36760-36780-36800-36820-36840-36860-36880-36900-36920-36940-36960-36980-37000-37020-37040-37060-37080-37100-37120-37140-37160-371		

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

DATA DE ADMISSÃO: DN

PACIENTE: ANDERFERNANDO BARBOSA DA COSTA  
 AGNOSTICO: PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL

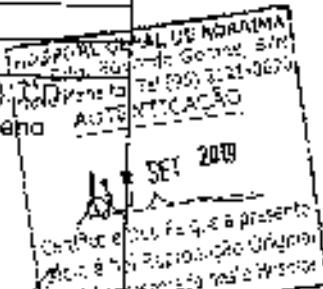
ALERGIAS: N.D.N.

IDADE: LEITO 110-3 DATA: 15/agosto/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA GERAL	S/RT
2	RANITIDINA 50MG IV DS 8/8H	14:22
3	AVS	MANHÃ
4	DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H	12:45 PM
5	PLASIL 10MG IV DT 8/8H SN	SN
6	SÍNATIS VITAMINAS	
7	CUIDADOS DE ENFERMAGEM	DIARIAMENTE
8	FIROTROFIA	
9	RETIRAR, PONTO COURO CORTADO	lata
10		
11	ALTA HOSPITALAR	
12		
13		
14		
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR	
16	CONTROLE DE Glicose, S/RT	
17	CONTROLE DE Glicose, S/RT	
18	CONTROLE DE Glicose, S/RT	
19	CONTROLE DE Glicose, S/RT	
20		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO).  
 Solicitar nova TC-cranio dia 12.08 nova TC persiste coleção subdural com pequeno pneumoencefalo.



	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Fabrício Freitas de Almeida  
 Neurocirurgião  
 CRM RB 1407

Sistema  
SUSMinistério  
da  
SaúdeLAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE  
INTERNACÃO HOSPITALAR  
**BLOCO D**

Identificação do Estabelecimento de Saúde

2-0-069

731965-8

1- NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

e 045

931965-8

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

Identificação do Paciente

e 41-10-0200010-0

2- NOME DO PACIENTE

00010074

ANDERFESON ISARBOSA DA COSTA

3- DATA DE NASCIMENTO

4- SEXO

5- FACHADA

6- IDADE

7- RENDA

8- TELEFONE

9- CELULAR

10- ENDERECO

11- BAIRRO

12- CIDADE

13- ESTADO

14- PAÍS

15- DOCUMENTO DE IDENTIDADE

16- NÚMERO

17- NOME DO PACIENTE

18- NOME DO PARENTES

19- NOME DO MARIDO

20- NOME DO FILHO

21- NOME DO PARECERISTA

22- NOME DO PARECERISTA

23- NOME DO PARECERISTA

24- NOME DO PARECERISTA

25- NOME DO PARECERISTA

26- NOME DO PARECERISTA

27- NOME DO PARECERISTA

28- NOME DO PARECERISTA

29- NOME DO PARECERISTA

30- NOME DO PARECERISTA

31- NOME DO PARECERISTA

32- NOME DO PARECERISTA

33- NOME DO PARECERISTA

34- NOME DO PARECERISTA

35- NOME DO PARECERISTA

36- NOME DO PARECERISTA

37- NOME DO PARECERISTA

38- NOME DO PARECERISTA

39- NOME DO PARECERISTA

40- NOME DO PARECERISTA

41- NOME DO PARECERISTA

42- NOME DO PARECERISTA

43- NOME DO PARECERISTA

44- NOME DO PARECERISTA

45- NOME DO PARECERISTA

46- NOME DO PARECERISTA

47- NOME DO PARECERISTA

48- NOME DO PARECERISTA

49- NOME DO PARECERISTA

50- NOME DO PARECERISTA

51- NOME DO PARECERISTA

52- NOME DO PARECERISTA

53- NOME DO PARECERISTA

54- NOME DO PARECERISTA

55- NOME DO PARECERISTA

56- NOME DO PARECERISTA

57- NOME DO PARECERISTA

58- NOME DO PARECERISTA

59- NOME DO PARECERISTA

60- NOME DO PARECERISTA

61- NOME DO PARECERISTA

62- NOME DO PARECERISTA

63- NOME DO PARECERISTA

64- NOME DO PARECERISTA

65- NOME DO PARECERISTA

66- NOME DO PARECERISTA

67- NOME DO PARECERISTA

68- NOME DO PARECERISTA

69- NOME DO PARECERISTA

70- NOME DO PARECERISTA

71- NOME DO PARECERISTA

72- NOME DO PARECERISTA

73- NOME DO PARECERISTA

74- NOME DO PARECERISTA

75- NOME DO PARECERISTA

76- NOME DO PARECERISTA

77- NOME DO PARECERISTA

78- NOME DO PARECERISTA

79- NOME DO PARECERISTA

80- NOME DO PARECERISTA

81- NOME DO PARECERISTA

82- NOME DO PARECERISTA

83- NOME DO PARECERISTA

84- NOME DO PARECERISTA

85- NOME DO PARECERISTA

86- NOME DO PARECERISTA

87- NOME DO PARECERISTA

88- NOME DO PARECERISTA

89- NOME DO PARECERISTA

90- NOME DO PARECERISTA

91- NOME DO PARECERISTA

92- NOME DO PARECERISTA

93- NOME DO PARECERISTA

94- NOME DO PARECERISTA

95- NOME DO PARECERISTA

96- NOME DO PARECERISTA

97- NOME DO PARECERISTA

98- NOME DO PARECERISTA

99- NOME DO PARECERISTA

100- NOME DO PARECERISTA

101- NOME DO PARECERISTA

102- NOME DO PARECERISTA

103- NOME DO PARECERISTA

104- NOME DO PARECERISTA

105- NOME DO PARECERISTA

106- NOME DO PARECERISTA

107- NOME DO PARECERISTA

108- NOME DO PARECERISTA

109- NOME DO PARECERISTA

110- NOME DO PARECERISTA

111- NOME DO PARECERISTA

112- NOME DO PARECERISTA

113- NOME DO PARECERISTA

114- NOME DO PARECERISTA

115- NOME DO PARECERISTA

116- NOME DO PARECERISTA

117- NOME DO PARECERISTA

118- NOME DO PARECERISTA

119- NOME DO PARECERISTA

120- NOME DO PARECERISTA

121- NOME DO PARECERISTA

122- NOME DO PARECERISTA

123- NOME DO PARECERISTA

124- NOME DO PARECERISTA

125- NOME DO PARECERISTA

126- NOME DO PARECERISTA

127- NOME DO PARECERISTA

128- NOME DO PARECERISTA

129- NOME DO PARECERISTA

130- NOME DO PARECERISTA

131- NOME DO PARECERISTA

132- NOME DO PARECERISTA

133- NOME DO PARECERISTA

134- NOME DO PARECERISTA

135- NOME DO PARECERISTA

136- NOME DO PARECERISTA

137- NOME DO PARECERISTA

138- NOME DO PARECERISTA

139- NOME DO PARECERISTA

140- NOME DO PARECERISTA

141- NOME DO PARECERISTA

142- NOME DO PARECERISTA

143- NOME DO PARECERISTA

144- NOME DO PARECERISTA

145- NOME DO PARECERISTA

146- NOME DO PARECERISTA

147- NOME DO PARECERISTA

148- NOME DO PARECERISTA

149- NOME DO PARECERISTA

150- NOME DO PARECERISTA

151- NOME DO PARECERISTA

152- NOME DO PARECERISTA

153- NOME DO PARECERISTA

154- NOME DO PARECERISTA

155- NOME DO PARECERISTA

156- NOME DO PARECERISTA

157- NOME DO PARECERISTA

158- NOME DO PARECERISTA

159- NOME DO PARECERISTA

160- NOME DO PARECERISTA

161- NOME DO PARECERISTA

162- NOME DO PARECERISTA

163- NOME DO PARECERISTA

164- NOME DO PARECERISTA

165- NOME DO PARECERISTA

166- NOME DO PARECERISTA

167- NOME DO PARECERISTA

168- NOME DO PARECERISTA

169- NOME DO PARECERISTA

170- NOME DO PARECERISTA

171- NOME DO PARECERISTA

172- NOME DO PARECERISTA

173- NOME DO PARECERISTA

174- NOME DO PARECERISTA

175- NOME DO PARECERISTA

176- NOME DO PARECERISTA

177- NOME DO PARECERISTA

178- NOME DO PARECERISTA

179- NOME DO PARECERISTA

180- NOME DO PARECERISTA

181- NOME DO PARECERISTA

182- NOME DO PARECERISTA

183- NOME DO PARECERISTA

184- NOME DO PARECERISTA

185- NOME DO PARECERISTA

186- NOME DO PARECERISTA

187- NOME DO PARECERISTA

188- NOME DO PARECERISTA

189- NOME DO PARECERISTA

190- NOME DO PARECERISTA

191- NOME DO PARECERISTA

192- NOME DO PARECERISTA

193- NOME DO PARECERISTA

194- NOME DO PARECERISTA

195- NOME DO PARECERISTA

196- NOME DO PARECERISTA

197- NOME DO PARECERISTA

198- NOME DO PARECERISTA

199- NOME DO PARECERISTA

200- NOME DO PARECERISTA

201- NOME DO PARECERISTA

202- NOME DO PARECERISTA

203- NOME DO PARECERISTA

204- NOME DO PARECERISTA

205- NOME DO PARECERISTA

206- NOME DO PARECERISTA

207- NOME DO PARECERISTA

208- NOME DO PARECERISTA

209- NOME DO PARECERISTA

210- NOME DO PARECERISTA

211- NOME DO PARECERISTA

212- NOME DO PARECERISTA

213- NOME DO PARECERISTA

214- NOME DO PARECERISTA

215- NOME DO PARECERISTA

216- NOME DO PARECERISTA

217- NOME DO PARECERISTA

218- NOME DO PARECERISTA

219- NOME DO PARECERISTA

220- NOME DO PARECERISTA

221- NOME DO PARECERISTA

222- NOME DO PARECERISTA

223- NOME DO PARECERISTA

224- NOME DO PARECERISTA

225- NOME DO PARECERISTA

226- NOME DO PARECERISTA

227- NOME DO PARECERISTA

228- NOME DO PARECERISTA

229- NOME DO PARECERISTA

230- NOME DO PARECERISTA

231- NOME DO PARECERISTA

232- NOME DO PARECERISTA

233- NOME DO PARECERISTA

234- NOME DO PARECERISTA

235- NOME DO PARECERISTA

236- NOME DO PARECERISTA

237- NOME DO PARECERISTA

238- NOME DO PARECERISTA

239- NOME DO PARECERISTA

240- NOME DO PARECERISTA

241- NOME DO PARECERISTA

242- NOME DO PARECERISTA

243- NOME DO PARECERISTA

244- NOME DO PARECERISTA

245- NOME DO PARECERISTA

246- NOME DO PARECERISTA

247- NOME DO PARECERISTA

248- NOME DO PARECERISTA

249- NOME DO PARECERISTA

250- NOME DO PARECERISTA

251- NOME DO PARECERISTA

252- NOME DO PARECERISTA

253- NOME DO PARECERISTA

254- NOME DO PARECERISTA

255- NOME DO PARECERISTA

256- NOME DO PARECERISTA

257- NOME DO PARECERISTA

258- NOME DO PARECERISTA

259- NOME DO PARECERISTA

260- NOME DO PARECERISTA

261- NOME DO PARECERISTA

262- NOME DO PARECERISTA

263- NOME DO PARECERISTA

2

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 RÁDIO DISTAL E	
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	404-5	DATA 13/05/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		5W
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		Manh
3	CEFALOTINA 1G EV 6/8H		SUSPENSO
4	TILATIL 20MG EV 12/12H		18:00
5	DIPIRONA 2ML EV 6/8		18:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		22:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		5W
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8h (S/N)		
10	SS/W + CCGG 8/8 H		Ranitida
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG		
14			
15			
16			
17			
18	SE DIABÉTICO CÓRREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI; 351-400: 8UI; 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 MIL EV + AVISAR PLANTONISTA		
19	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 MIL EV + AVISAR PLANTONISTA		
20			
EVOLUÇÃO MÉDICA:			

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

#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORÁDO, HIDRATADO.

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTRIDA

SINAIS VITIAIS	PA	P	R	T
6H				
12 H				
14:18 H	110/60	82	18	35°C
24 H	06-10-11	06-10-11	06-10-11	06-10-11

6H 06-10-11 06-10-11 06-10-11 06-10-11

13:00 18/6, part. ins. bco,  
adm. ind. 18/6 e 19/6.  
sensos céticos, leigos 20  
ciclidos da epigástrica  
e lemniscas.

## 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 RÁDIO DISTAL E

ALÉRGIAS	HAS	DM2		
1IDADE	LEITO	404-5	DATA	
TEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA GERAL LIVRE			Q.D.
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			14/05/2019
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			SUSPENS
4	TIATIL 20MG EV 12/12H			
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU D1 CP VO DE 6/6h SE DOR INTENSA			
7	PLASIL 10 mg EV 6/6h (S/N)			
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			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			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 QU 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, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFÉBRI, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	130/110	89	S/F	36,8°
18 H	130/94	104	S/F	36,5
24 H	120	78	74	36,0

Dr. Fernando Rezende  
Médico de Plantão

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSESSIMENTO DE ENFERMAGEM - BLOCOS AB/CD/DE/EF								
Nome:	Anderson Bento da Catta	Enfermeiro:	404	Agente:	5	Sexo:	M	
Idade:	14-05-19	DN:	/ /	Seção:	1-17			
Nome Completo:	Anderson Bento da Catta							
Hipótese Diagnóstica:	F-X radio dental E							
Isolamento ou Proteção:	Sim	Padrão	Contato	<input checked="" type="checkbox"/> Gostoso - agradável	<input type="checkbox"/> Gostoso - perigoso			
Alergia:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual (Nº):					
Necessidade de Intervenção:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual (Nº):					
Possui acompanhante:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Qual:					
Deambulação:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Sem esforço	<input type="checkbox"/> Acomodado	<input type="checkbox"/> Dade de codas	<input type="checkbox"/> Frouxa	<input type="checkbox"/> Contração/rambante		
SISTEMA NEUROLOGICO								
<input checked="" type="checkbox"/> Consciente	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Normotáxico	<input type="checkbox"/> Bradicáxico	<input type="checkbox"/> Taquicáxico	SISTEMA CARDIOPULMONAR		
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Torpido	<input type="checkbox"/> Comitivo	<input checked="" type="checkbox"/> Anímotáxico	<input type="checkbox"/> Hipercáxico	<input type="checkbox"/> Hipertônico	PA:		
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Respe e exaltados	<input type="checkbox"/> Não reage	<input checked="" type="checkbox"/> Pseudo Cíclo	<input type="checkbox"/> Fibração	<input type="checkbox"/> Aritmia	Pulse:		
SISTEMA GASTROINTESTINAL								
<input type="checkbox"/> Fotoreceptor	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Midriátrica	<input checked="" type="checkbox"/> SNC/SGG	<input type="checkbox"/> SNC/SGE	<input type="checkbox"/> GSI	<input type="checkbox"/> NPT		
<input type="checkbox"/> Escádras	<input type="checkbox"/> Antimotáxicas	<input type="checkbox"/> Nao-irrigantes	Avaliação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim				<input type="checkbox"/> Pardal	
<input type="checkbox"/> Afetivo	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertermico	Saturações: <input type="checkbox"/> Presente				<input type="checkbox"/> Ausente	
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Piricela	HCP: Normal				<input type="checkbox"/> Co-estertio	
<input type="checkbox"/> Hipertermia	Fato: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente							
SISTEMA HEMOLUMINAL								
<input checked="" type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Reservaria	<input type="checkbox"/> Náuseas	<input type="checkbox"/> Distensão	<input type="checkbox"/> Gástrica	<input type="checkbox"/> Náusea		
<input checked="" type="checkbox"/> Hidratação	<input type="checkbox"/> Hidratada	<input type="checkbox"/> Hidrocorrida	<input type="checkbox"/> Hidrocorrida	<input type="checkbox"/> Afta	<input type="checkbox"/> Timpânia			
<input type="checkbox"/> Anorexica	<input type="checkbox"/> Hidratação	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Diarreia	<input type="checkbox"/> Ausente				
<input checked="" type="checkbox"/> Edemato	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Sim		
Última por pressão:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Nao						
Refluxo:								
Curativo repleto:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	FD:	<input type="checkbox"/> SIM	<input type="checkbox"/> NÃO			
SISTEMA RESPIRATÓRIO								
<input type="checkbox"/> Espancado	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispresto	<input checked="" type="checkbox"/> Arrebitante	<input type="checkbox"/> Tracheostoma			
Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual:					
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRAGENS/ÓRTESES/FRATÉSES								
Cateter Periférico:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local:	msd	Data:	13/05/19	Traçado em:	
Cateter Central:	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Local:	Curativo repleto/duro				
Sinal de infusão no sítio da punção:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Nao							
Sondas:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Nao	<input type="checkbox"/> SNG	<input type="checkbox"/> 150G	<input type="checkbox"/> 15NF	<input type="checkbox"/> 150E	<input type="checkbox"/> 16TT	
Drenagem:								
Cateter Nasal:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Date da instalação:	Traçado em:				
Prótese:	<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Type:	Local:				
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM								
<input type="checkbox"/> Deglutição prejudicada	<input type="checkbox"/> Fadiga respiratória/referida	<input type="checkbox"/> Risco de lesão por pressão						
<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Infecção respiratória prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção						
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição/desequilíbrio	<input type="checkbox"/> Mobilitade lírica prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção						
<input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável	<input type="checkbox"/> Risco de infecção da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada						
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Risco de constipação						
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Fadiga de sono prejudicada	<input type="checkbox"/> Comunicação deficiente						
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficitário	<input type="checkbox"/> Defeito de autocuidado para Higiene							
Escala de Morse								
1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo falhado							
Não	<input checked="" type="checkbox"/>	Não	0					
Sim	<input type="checkbox"/>	Sim	200					
2. Objetivo Secundário	5. Marcha/Deambulação							
Não	<input checked="" type="checkbox"/>	Normal/Sim/desmbo ação/avaliado	0					
Sim	<input type="checkbox"/>	Fadiga	10					
3. Atividade Geronotologia	6. Estado Mental							
Nerdoso/Ativado/Ativado	<input checked="" type="checkbox"/>	orientado/firmado/compreende as limitações	0					
Mobil/Ativado/Ativado	<input type="checkbox"/>	Superestima capacidade/Escapar limitações	10					
Mobil/Ativado/Ativado	<input type="checkbox"/>	Urgem Medio: 25 - 49 (Máx: Altas: maior que 49)	25					
707000	<input checked="" type="checkbox"/> Risco Bowel 0-24	Prescrição para prevenção de quedas no versão	25					

Risco baix  
não é de risco  
05/05/2019

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

16/05/2019

ITEM

PREScriÇÃO

HORÁRIO

1. DIETA ORAL LIVRE

2. ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3. CEFALOTINA 1G EV 6/6H

4. TILATIL 20MG EV 12/12H

5. DIPIRONA 2ML EV 6/6

6. TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA

7. PLASIL 10 mg. EV 8/8h (S/N)

8. RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N

9. SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 H (S/N)

10. SSVV + CCGG 6/6 H

11. CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAO > 110 MMHG

12.

13.

14.

15.

16.

17.

18. SE DIABÉTICO CORRÉÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),

CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;

351-400: 8UI; 2-400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/ML, GLICOSE 50%

40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

351-400: 8UI; 2-400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/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, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

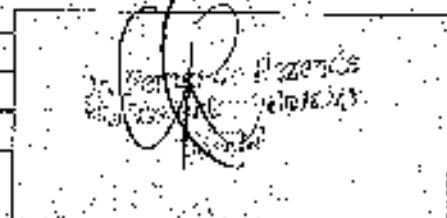
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

*Alta Hosp.*

*Alta Hosp.*

SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			





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

## RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Adriana Beatriz da Costa 41 ANOS.  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10/05/04 COM  
DIAGNOSTICO DE Febre

NO DIA 14/01/2010, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
AVULSAO DA MÍDIA, SENDO  
OPERADO PELO DR. EDUARDO GOMES E DR. EDUARDO GOMES

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 11/01/2018 AS 10:00, EM AMBULÂNCIA, BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 13/03/1983 AS 14:00, COM DR. [REDACTED]

## ORIENTAÇÕES GERAIS

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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DIF

EGA VISTA

Dr. Fernand Roppon

## Wibico



2019-02-02

<input type="checkbox"/> SANGUE	<input type="checkbox"/> URINA	<input type="checkbox"/> SEUG	<input type="checkbox"/> OUTROS:
APRAZAMENTO			

Atualização  
 Observação (vá 24h)  
 Interações  
Data e Hora da Saida/Alta:

Família  IMI: Análise Patológica  \_\_\_\_\_

Carimbo e Assinatura do Médico

PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA

三

214



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNACAO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/HGL

*Eu Andreia Ferreira Balzer de Batista*  
CPF: 000.000.000-00

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente: o/ou responsável os principais aspectos relacionados cada o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) e an(s) qual(is) aeroi 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.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médicos assistenciais de média complexidade e de curta permanência.  
2.) Fiquei ciente que poderá ocorrer eventual necessidade de retransferecia(a) para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessária o/ou assim como:

- Cirurgias pré-agendadas;
  - Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de menor complexidade;
  - Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
  - Quando decidido pela equipe assistencial;
- 4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda;
- 5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;
- 6.) Confirma que recebi explicações, li, compreendi, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que não foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavra com as quais não concordei.

Boa Vista, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_

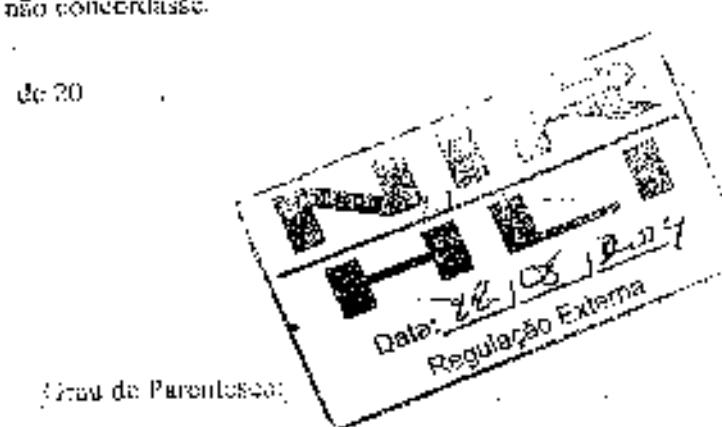
Assinatura do paciente:

Responsável:

1) Assinatura:

Nome:

CPF:



Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmo 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. Acredito que o paciente/ responsável entende o que expliquei.

Boa Vista, \_\_\_\_ de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_ , Hora:

Nome Cognome:

Assinatura do Médico Signante:

Marcos Rovendo S. S. S. S.

Marcos Rovendo S. S. S. S.

CRM 126598

Assinatura/autenticação do Médico Regulador:

CRM

RORAIMA

## LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

HOSPITAL

10.074

NOME DO PACIENTE

Andersonson Barbosa da Costa

MUNICÍPIO

B.J

UF

RR

ENDEREÇO (RUA, N°, Bairro)

R. Ademar de Souza n° 502. Bento

GFP

DATA NASCIMENTO

SEXO:

MASCULINO

FEMININO

CONDICIONE:

CONJUGE

1

FILHO

2

IRMÃO

3

OUTROS

4

Nº CRF/CIC

Nº REGISTRO DE NASCIMENTO

PIS/PASEP/Individual

NOME DO RESPONSÁVEL

Maria de Fátima Barbosa da Costa

C.G.C. DO EMPRESÁRIO

Nº DA C.A.T.

CPF MED. SOLIC.

PROC. SOLICITADO

CART. INT.

DATA EMISÃO

CPF MED. RESP.

070/060343

22.06.08

ANS. MED. RHSP

## LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

H.O.M. Gp. 60 D f. 100% /

CONDICIONES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Início de dor

PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICA

Vávula + Elano f. 40

DIAGNÓSTICO INICIAL

H. c. f. 40 D f. 100% /

PROCEDIMENTO SOLICITADO

D. c. f. 40 D f. 100% /

CLÍNICA

CIRURGIA

1

PSIQUIATRIA

4

OBSTETRÍCIA

2

TISIOLOGIA

5

CID. MÉDICA

3

PEDIATRIA

6

ANS. E CARIMBO EXPÉDICO SOLICITANTE EXAMINADOR

CRM

88884

DATA

02/06/08



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

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

DATA/HORA	EVOLUÇÃO
23/06/08 07:00h	<p>Nome: Anderson Costa Santos</p> <p>Quinta-feira muito de quadro febre alta de ontem quando norte semeado em região injurial (D), cf irradiação p/ hospital de casa infantil (D), quando após medicação que resulta exponencialmente.</p> <p>nosso ato como condutas, nessa ultima vez. tabagismo</p> <p>AP: est alt</p> <p>ACV: est alt</p> <p>ABD: fluido / dor, FTR (D), est m6, dor</p> <p>A. man de urtigão urticaria</p> <p>Ante injuriul exato no tabagismo, a manobra de alguma parte de ferma injurial iniciada (D) + ferma semeado de pequeno ferimento.</p> <p>ed: surpreendente</p> <p>nega uso de medicamentos controlados</p> <p>nega drogas p</p>
04/06/08 7:20h	<p>Dra. Juliana Affonso Médica Residente Cirurgia Geral CRM-RR 1002</p> <p>1º Dr. Henrique Lobo, Engenheiro (D) a lichtenberg &amp; leucoplastia emblémat. Gazeta de Roraima.</p> <p>No levante queimado - de dor local nos fuds</p>

NOME DO PACIENTE		APT. OU LEITO	N.º DO PRONTUÁRIO	DATAS
<i>Adolesce Fabiana da Costa 30</i>		118-4	10.074	03/06/1989
CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO		
TIPO		INÍCIO	FIN	TEMPO TOTAL
<i>Hister. Tiquizal. D</i>		08:25	10:00	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIA	ANESTESISTA	<i>Dr. Andrade</i>		
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
2º AUXILIAR	CIRCULANTE	<i>Fábio</i>		
TEMPO DE DURAÇÃO				
TIPO DE ANESTESIA		<i>Padre</i>		
QUANT.	MATERIALIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
17	CATGUT SIMPLES N°		1	HORAS DE OXIGÉNIO
	CATGUT SIMPLES N° 2-0			FRASCO SORO FISIOLÓGICO %
	CATGUT SIMPLES N°			FRASCO SORO <del>trigo</del> / <del>lactose</del> 500ml
7	CATGUT N°		1	FRASCO SORO GLICOSADO %
	CATGUT CROMADO N°			FRASCO SORO GLICOSA %
	CATGUT CROMADO N°			XILOCAÍNA %
	CATGUT ATRAUMÁTICO REJO		7	ELAXEDIL
	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO			FLUOTETANE
	FIOS DE SEUA N°		1	PENTETAN
	FIOS DE ALGODÃO N°			ENTERAME
	MUNONYLON COM AGULHA 2.0, 3.0			ÉTER
	MUNONYLON SEM AGULHA			ATROPINA
	UNIÃOES DE GAZE			FROSTGMIN
	PARES DE LUVAS N° 7 1/2 / 8 1/2			THIOPENTALTA
	EQUIPOS PARA SORO			MARCAINA
	ROLOS DE ESPARADRAPO			TNOVAL
	DRENOS N°			GLICOSE %
	SONDAS N°			ÁGUA OXIGENADA
	AGULHAS			MERTHIOLATE
	COMPRESSAS			MERCÚRIO CRÔMIO
	LÂMINAS PARA BISTURI 20/10			+
	Seringa sul 10ml			+
	SOMA			+
				SOMA

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

DEBITO UN. C. C. DO PACIENTE

VALOR

INSTRUMENTADORA

ENFERMEIRA CIC

MATERIAL  
MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

PRINCIPAL, CÁLCULOS

FUNCIONÁRIO, C. C. DO PACIENTE  
PEITO O LANÇAMENTO

TAXA DE SALA  
TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENDE ESTE FOLHILHO À CONTABILIDADE

BOLETIM OPERATÓRIO

Andorinhas Cosh Pauz

118-4 Prot 10074

Data 03/02

O.S. OS

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Hernia inguinal D + escrotalINDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Hernia inguinal D + escrotalTIPO DE INTERVENÇÃO: Hernia inguinal D + escrotalMEDICAÇÕES E ACIDENTES: Vigilas 2DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Hernia inguinal Nivel D + escrotalCIRURGIAO: Chártio 1º AUXILIAR: Acad. Cirurg.2º AUXILIAR: Acad. Cirurg. Interno INSTRUMENTADORA:3º AUXILIAR:  ANESTESIA: DaqueineoloxANESTESISTAS: Dick Vitor ANESTÉSICO: INÍCIO: 12:00 FIM: 9:35 DURAÇÃO: 26 (5m)

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

① Anestesia e exps, ② Fractura  
 ③ Oligo ④ Diroso f/plexos ⑤ Biotins de  
 final omento de suave abdome sacro  
 tumores medias e varas e ratoeira ⑥  
 nervos dos plantas de cada lado  
 tumores frangíveis para cecab ⑦  
 Ofens de Reta f. po Vipso poe Recupera  
 d'água fai ⑧ Reta de Anestesia ⑨ Abdome  
 por flatus evitando ⑩ Sintetico f/ce f/ce  
 embol ⑪ Reta de saco tumores  
 e evita obstru ⑫ Reta de saco  
 tumores ⑬ Ofecolite ⑭ Cecato



GOVERNO DE RORAIMA  
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

PROTEÇÃO FRONTEIRA - DIFRA - EPERG

## **FICHA DE ANESTESIA**

Andrew (0) 10

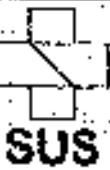
304

4

3/16/00

Prefeitura Municipal de Dois Vizinhos  
Secretaria Municipal de Saúde

LABORATÓRIO  
DE ANÁLISES  
CLÍNICAS



Resultado de Exame

Idade:

Data do Exame:

07/12/2010

B.S.

Nome do Paciente:

Adilson Fr. da Costa

Sexo:

</



## BLOCO A



Sistema  
Único de  
Saúde

Autarquia  
da  
Saúde

ALTER : 15107119  
LAURO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

DETERMINAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXCLUÍANTE

4 - CRBS

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

1 - NOME DO PACIENTE

André Lym Ponte da Costa

2 - DOCUMENTO DE IDENTIDADE (RG)

40050123611247356

10 - NOME DA MÃE (MULHERES)

12 - ENDERECO (NÚM. E BARRA)

13 - PRINCÍPIO DE RESIDÊNCIA

Rua - Cosimiro de Almeida 97 - bonaventura  
Bela Vista

17 - PRINCIPAIS SÍMPTOMAS CLÍNICOS

18 - DATA DE MIGRAÇÃO

14/12/77

6 - N° DO HOSPITAL

10074

M

11 - UNIDADE DE CUIDADO

12 - CÓD. ICD-10

13 - URGÊNCIA

14 - CÓD. ICD-10

15 - URGÊNCIA

16 - CEP

Hipoglicemia e tique de olhos  
hematica subdural crônica

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



20 - DESCRIÇÃO DO DETERIORO

Hematica subdural crônica

25 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL

26 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL

28 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Cirurgia de drenagem de hematoma

29 - CLÍNICA

PROCEDIMENTO SOLICITADO

30 - CÓDIGO DO PROFISSIONAL

31 - CÓDIGO DA UNIDADE

32 - DOCUMENTO

33 - TENS

34 - TENS

35 - TENS

36 - TENS

37 - TENS

38 - TENS

39 - TENS

40 - TENS

41 - TENS

42 - TENS

43 - TENS

44 - TENS

45 - TENS

46 - TENS

47 - TENS

48 - TENS

49 - TENS

50 - TENS

51 - TENS

52 - TENS

53 - TENS

54 - TENS

55 - TENS

56 - TENS

57 - TENS

58 - TENS

59 - TENS

60 - TENS

61 - TENS

62 - TENS

63 - TENS

64 - TENS

65 - TENS

66 - TENS

67 - TENS

68 - TENS

69 - TENS

70 - TENS

71 - TENS

72 - TENS

73 - TENS

74 - TENS

75 - TENS

76 - TENS

77 - TENS

78 - TENS

79 - TENS

80 - TENS

81 - TENS

82 - TENS

83 - TENS

84 - TENS

85 - TENS

86 - TENS

87 - TENS

88 - TENS

89 - TENS

90 - TENS

91 - TENS

92 - TENS

93 - TENS

94 - TENS

95 - TENS

96 - TENS

97 - TENS

98 - TENS

99 - TENS

100 - TENS

101 - TENS

102 - TENS

103 - TENS

104 - TENS

105 - TENS

106 - TENS

107 - TENS

108 - TENS

109 - TENS

110 - TENS

111 - TENS

112 - TENS

113 - TENS

114 - TENS

115 - TENS

116 - TENS

117 - TENS

118 - TENS

119 - TENS

120 - TENS

121 - TENS

122 - TENS

123 - TENS

124 - TENS

125 - TENS

126 - TENS

127 - TENS

128 - TENS

129 - TENS

130 - TENS

131 - TENS

132 - TENS

133 - TENS

134 - TENS

135 - TENS

136 - TENS

137 - TENS

138 - TENS

139 - TENS

140 - TENS

141 - TENS

142 - TENS

143 - TENS

144 - TENS

145 - TENS

146 - TENS

147 - TENS

148 - TENS

149 - TENS

150 - TENS

151 - TENS

152 - TENS

153 - TENS

154 - TENS

155 - TENS

156 - TENS

157 - TENS

158 - TENS

159 - TENS

160 - TENS

161 - TENS

162 - TENS

163 - TENS

164 - TENS

165 - TENS

166 - TENS

167 - TENS

168 - TENS

169 - TENS

170 - TENS

171 - TENS

172 - TENS

173 - TENS

174 - TENS

175 - TENS

176 - TENS

177 - TENS

178 - TENS

179 - TENS

180 - TENS

181 - TENS

182 - TENS

183 - TENS

184 - TENS

185 - TENS

186 - TENS

187 - TENS

188 - TENS

189 - TENS

190 - TENS

191 - TENS

192 - TENS

193 - TENS

194 - TENS

195 - TENS

196 - TENS

197 - TENS

198 - TENS

199 - TENS

200 - TENS

201 - TENS

202 - TENS

203 - TENS

204 - TENS

205 - TENS

206 - TENS

207 - TENS

208 - TENS

209 - TENS

210 - TENS

211 - TENS

212 - TENS

213 - TENS

214 - TENS

215 - TENS

216 - TENS

217 - TENS

218 - TENS

219 - TENS

220 - TENS

221 - TENS

222 - TENS

223 - TENS

224 - TENS

225 - TENS

226 - TENS

227 - TENS

228 - TENS

229 - TENS

230 - TENS

231 - TENS

232 - TENS

233 - TENS

234 - TENS

235 - TENS

236 - TENS

237 - TENS

238 - TENS

239 - TENS

240 - TENS

241 - TENS

242 - TENS

243 - TENS

244 - TENS

245 - TENS

246 - TENS

247 - TENS

248 - TENS

249 - TENS

250 - TENS

251 - TENS

252 - TENS

253 - TENS

254 - TENS

255 - TENS

256 - TENS

257 - TENS

258 - TENS

259 - TENS

260 - TENS

</div

1102

Andes from Bahia de Cata

Der her er min note

fin final note 12/1/66

100

Sumo vth

- Unintact hym p/  
product into a number  
of morphs by reassociati-

384  
P. a. 12/1/68  
T C 77  
" " " "  
Aviando  
NOTA: 12/1/68  
P. C. G. 12/1/68  
CERCA 500000

Adolfo A. Vth

Comunicado N.R.

DR. MARCIO SPATZ

WILHELMUS

RR. 37

Santa Fe  
ENFERMERA  
CUREN-RR. 27302

111

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 12/07/19

0.5

Andrésson Barroso licença

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: hérnia subxifo cíngulo a dextINDICAÇÃO TERAPÉUTICA: Hérnia subxifo retromamáriaTIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia

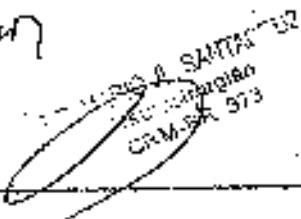
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGÃO: Maria S. J. Melo 1º AUXILIAR: DR2º AUXILIAR:  INSTRUMENTADORA: 3º AUXILIAR:  ANESTESIA: 80 pbaANESTESISTAS:  ANESTÉSICO: INÍCIO:  FIM:  DURAÇÃO: 

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Tumore. frontal prot /
- Cirurgia
- hérnia
- apertura de diafragma
- apertura de capsula
- apertura de velvete hérnia
- fechamento pm. plást



DR. MARIA SANTOS  
CRM-SP 573

ANESTESE: ANESTESE: Enfesg na COSTA

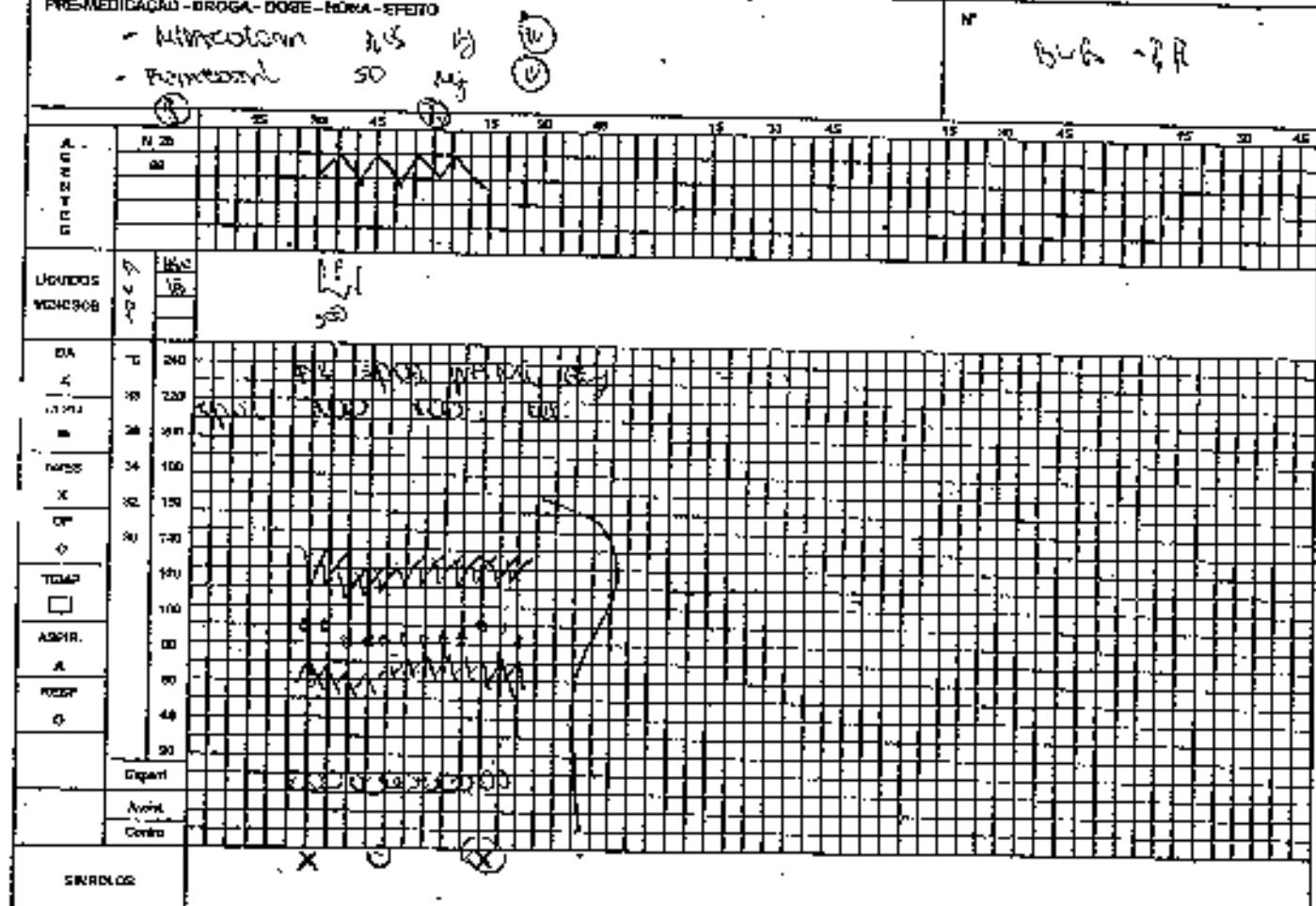
12/07/69

## PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DORE - HORA - EFEITO

- Midazolam 0,5 mg (V)
- Fentanyl 50 µg (V)

Nº

846-28





GOUVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

**FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIAS**

NOME DO PACIENTE: José 41 • APT DO LEITO: Nº DO PRONTUÁRIO: DATA:  
Amberluz Barbosa de Souza 000 10000 12 07 / 2019

TIPO	CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO
	INÍCIO	FIM	
Ressecção de Hemanoma Sistêmico	09:40	09:51	TEMPO TOTAL

SURGICAO: Dr. Mario Santa Cruz EQUIPE MEDICA: ANESTESISTA: Dr. Fabian  
1º AUXILIAR: Dr. (Ex) (Socia)

INSTRUMENTADOR Eva  
CIRCULANTE

TIPO DE ANESTESIA: Sedação venosa e inalatória TEMPO DE DURAÇÃO: 30m e 30s

MATERIAIS VALOR QUANT MEDICAMENTOS VALOR  
PCTS COMPRIMIDOS C/100

UNID.	FRASCOS- SORO FISIOLOGICO
PACOTES GAZU	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
LUVA ESTERIL 7.0	FRASCOS- SORO GLICOOSADO
LUVA ESTERIL 7.5	FIO VICKYL N°
LUVA ESTERIL 8.0	FIO MONONYLON N° 2.0 ; 3.0
LUVA ESTERIL 8.5	FIO ALGODAO SEM AGULHA N°
LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	FIO ALGODAO COM AGULHA N°
LÂMINA BISTURI N° 35; 20	FIO SEDATEL ANGULADO
DRENO DE SUÇÃO N°	FIO SEDATEL CROMADON N° 30 x 16
DRENO DE TORAX N°	FIO PROLENE N°
DRENO DE PENROSE N°	FIO SEDATEL Cera 7/0
SERINGA 5ML	SURGICEL
SERINGA 0.5ML	CERA FOSFO
SERINGA 0.5ML	KIT CATARATA N°
SERINGA 10ML	GEOPOLYMER
SERINGA 20ML	PITA CANDIDATA
Agulha 40G	OUTROS: extrato

MATERIALS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA E CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHÉRE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
ENCIONARIO/CALCULOS	2 bixa - Stepanek CIRCUITANDO DE SALA	SUB- TOTAL	
		TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

Nome: Adriana Bento Costa  
Data de Nasc: 14/12/1994 Idade: 24  
Setor/Leitor:Data: 12/03/19

## DADOS P/PRÉ-OPERATÓRIO

Atividade P/Prostata	Urotraqueal	Endotrófico	Intubação	Intubação	Terminada	Terminada	Anestesia	Chirurgia
Próstata	Sim	Não						
Exame	Sim	Não						
Riserva Urin	Sim (X) Não							
Uretralade	X Sim ( ) Não							
Urol	Sim (X) Não							
Angiog	Sim (X) Não							
Qcol:								
Reserva de drenagem:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

09:20	09:37	09:43	09:57	10:00	10:00	10:00	10:00	10:00
Entrada na	Intubada	Intubada	Terminada	Terminada	Anestesia	Chirurgia		

Chirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento	1. Sonda	2. Curatula	3. Drenos	4. Hémod	5. Acess	6. Acess
Uretralade	Sim (X) Não							
Urol	Sim (X) Não							
Angiog	Sim (X) Não							
Qcol:								
Reserva de drenagem:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Chirurgia no Centro Cirúrgico:	Urotraqueal	Intubação	Terminada	Terminada	Terminada	Terminada	Terminada	Terminada
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Cirurgia no Centro Cirúrgico:	Urotraqueal	Intubação	Terminada	Terminada	Terminada	Terminada	Terminada	Terminada
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Urotraqueal	Intubação	Terminada						
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Urotraqueal	Intubação	Terminada						
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Urotraqueal	Intubação	Terminada						
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Urotraqueal	Intubação	Terminada						
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Urotraqueal	Intubação	Terminada						
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Urotraqueal	Intubação	Terminada						
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Urotraqueal	Intubação	Terminada						
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Urotraqueal	Intubação	Terminada						
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Urotraqueal	Intubação	Terminada						
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Urotraqueal	Intubação	Terminada						
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Urotraqueal	Intubação	Terminada						
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Urotraqueal	Intubação	Terminada						
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Urotraqueal	Intubação	Terminada						
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

Urotraqueal	Intubação	Terminada						
Urotraqueal	Sim (X) Não							
Intubação:								
( ) Sim (X) Não								
Outros:								

<tbl



NO 2 - 2

PREScrição DIÁRIA

Andréia Rose da Cruz

## PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

DATA / HORA

PREScriÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

Horário

OBSERVAÇÃO

22/07/19

Peso: 60kg, Altura: 1,67m

14.40 PA: 117x80

FC: 70

P脉: 80, Peso: 60kg

16.00 PA: 120x80

FC: 70

P脉: 80, Peso: 60kg

16.00 PA: 120x80

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

DATA DE ADMISSÃO	#111111	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	Distra oral livre			SA	
2	ACESSO SOROLIZADO			Manh	
3	1SF0,9% 500ML EV ACM			ACM	
4	DOPTRONA 1 AMPOLA EV 6/6 II			14/07/2019	
5					
6					
7					
8					
9					
10	CABECEIRA ELEVADA 45°			Manh	
11	DEAMBULAÇÃO			Manh	
12	SINAIS VITAIS 6/6 II			Manh	
13					
14					
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA				
16	REGULAR (SC1) CONFORME ESQUEMA: 100-250				
17	200-250-300-400-300-350-600-350-400-800-200				
18	10 UI E OU GLICOSE < 70 OU/ML 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
16h	35°C	73	17	106/73
24h	35,6°C	80		110/78
06h	36,5°C	44		115/71

14.07.19

06hs - Realização médica  
com CRM e alergias SS  
Paciente segue SE  
intercâmbio e os  
cuidados de enfermagem

Assinatura D.C. Plantonista  
Tec. de Enfermagem  
07/07/2019

Plantão diurno de 13.07.19,  
07h - 19h. Foi inf no leito  
estofado, foi realizada a troca de  
cinto, ronco, n. 20 cm ms. Foi  
apurado sinais vitais e adm. medi-  
cação conforme prescrição. Foi  
avisado a enfermagem, segue acor-  
cuidados da enfermagem.

Assinatura D.C. Plantonista  
Tec. de Enfermagem  
07/07/2019

M  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

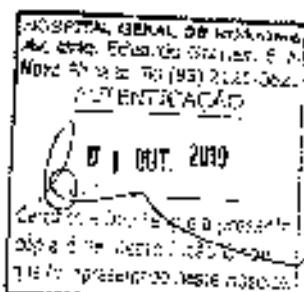
*altro*

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	#####	DN	
PACIENTE	SEBASTIAO ALVES DE ALMEIDA		
AGNOSTICO	POSTOP DE HEMATOMA SUBDURAL		
ALERGIAS	N.D.N.		
IDADE	LEITO	120-2	DATA 15/01/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO		TIPO RÁRIO
1			
2	ALTA HOSPITALAR		
3			
4			
5			
6			
7			
8			
9			
10			
11			
12			
13			
14			
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA		
16	REQUER RISOTO CONFORME ESQUEMA: 100-250		
17	2UI: 251-300; 4UI: 301-350; 6UI: 351-400; 8UI: ≥ 400		
18	10 UI EOD: GLICOSE ≤ 70 DM/L GLUCOSE 50% 40		
19	MELÉV + AVISAR PLANTONISTA		
20			

EVOLUÇÃO MÉDICA:







HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

### RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Indígena Domine da Creta 41 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10/05/10 COM  
DIAGNÓSTICO DE Fratura do Rodízio  
NO DIA 11/05/10 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
lumbosacra SENDO  
OPERADO PELO DR. DR.

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 11/05/10 AS 14:00 EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 23/05/10 AS 14:00 COM O  
DR. DR.

#### 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, 10/05/10 19



MELIXCO



# Dr. Ilderson P. Silva

Ortopedia e Traumatologia

## CLÍNICA SAÚDE e VIDA

### LAÚDO MÉDICO

Anderson 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 (privado), de osteofomia + osteossíntese de fratura luxação radio distal + 2º e 3º metacarpo + retirada da 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, ressalto que no SUS não estava sendo viável a realização deste procedimento porque não possuia material no centro cirúrgico do único hospital que realiza este tipo de cirurgia. Tendo em vista que a espera pelo TFD(tratamento fora da 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 + artrofise.

#### 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  
CRM/RR 1733 RQE 678



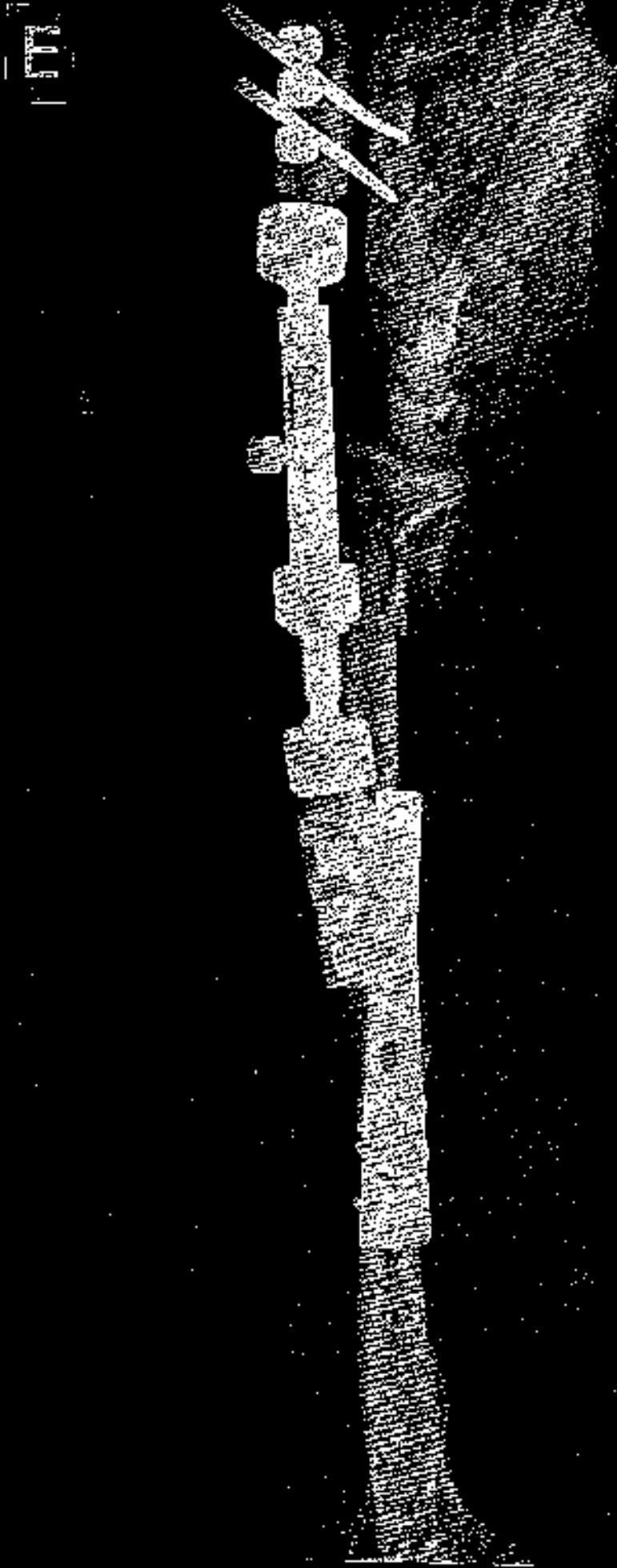
ANDRHERSON BARBOSA COSTA 4754

HOSPITAL CORONEL MOTA

10/05/2019

Francinide

80,4 %



ANDERFERSON BARBOSA COSTA 4754

HOSPITAL CORONEL MOTA

12/05/2019

Francisco

74.4%



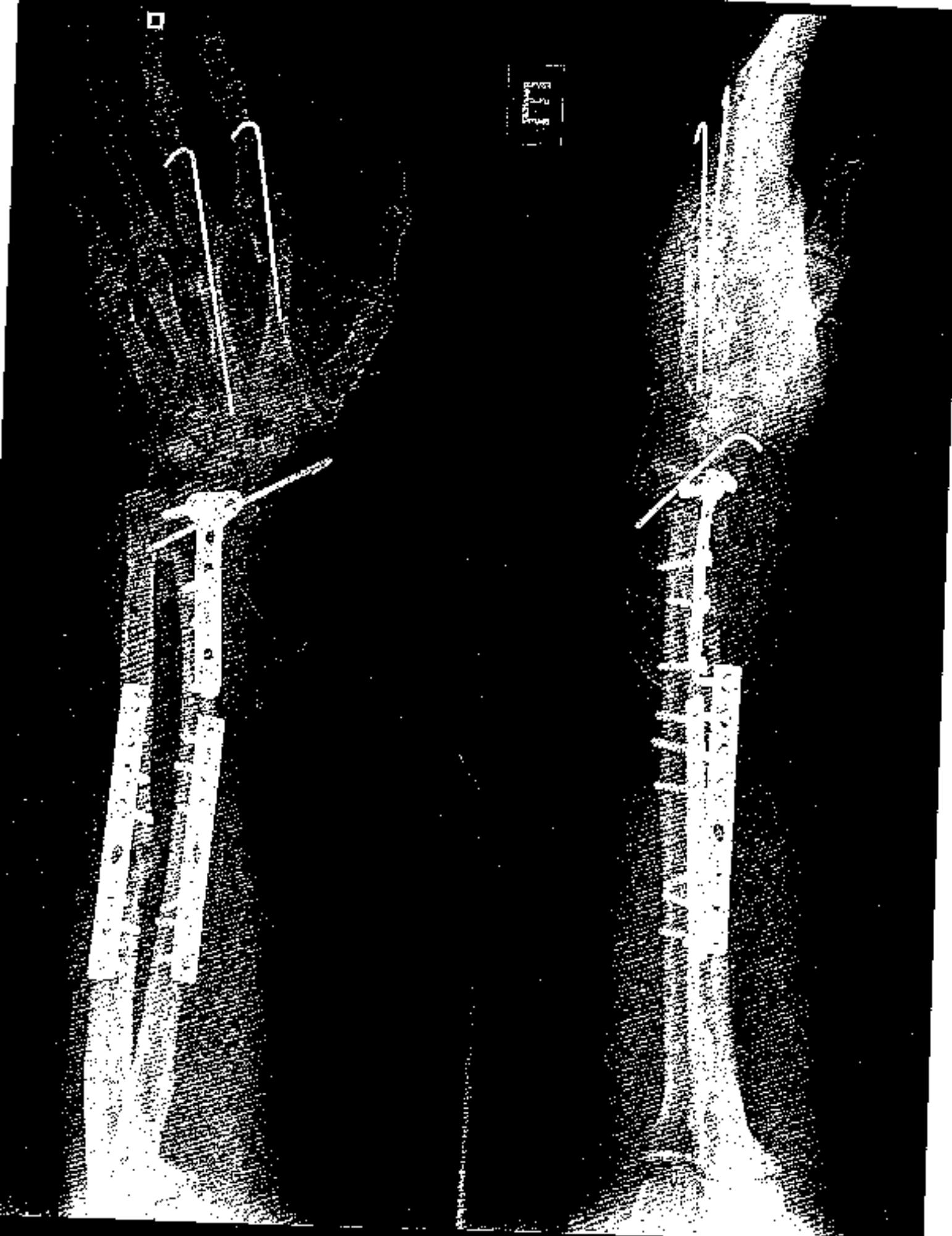
ANDERFESON BARBOSA DA COSTA 6880

HOSPITAL CORONEL MOTA

27/06/2018

Brancinorde

67,7 %



ANDERFESON BARBOSA DA COSTA 6680

HOSPITAL CORONEL MOTA

27/08/2019

Fluoruroide

61.7 %

D

ANDERSON BARBOSA COSTA,

5º ANO 1A2

9/1/2010 16:41:14

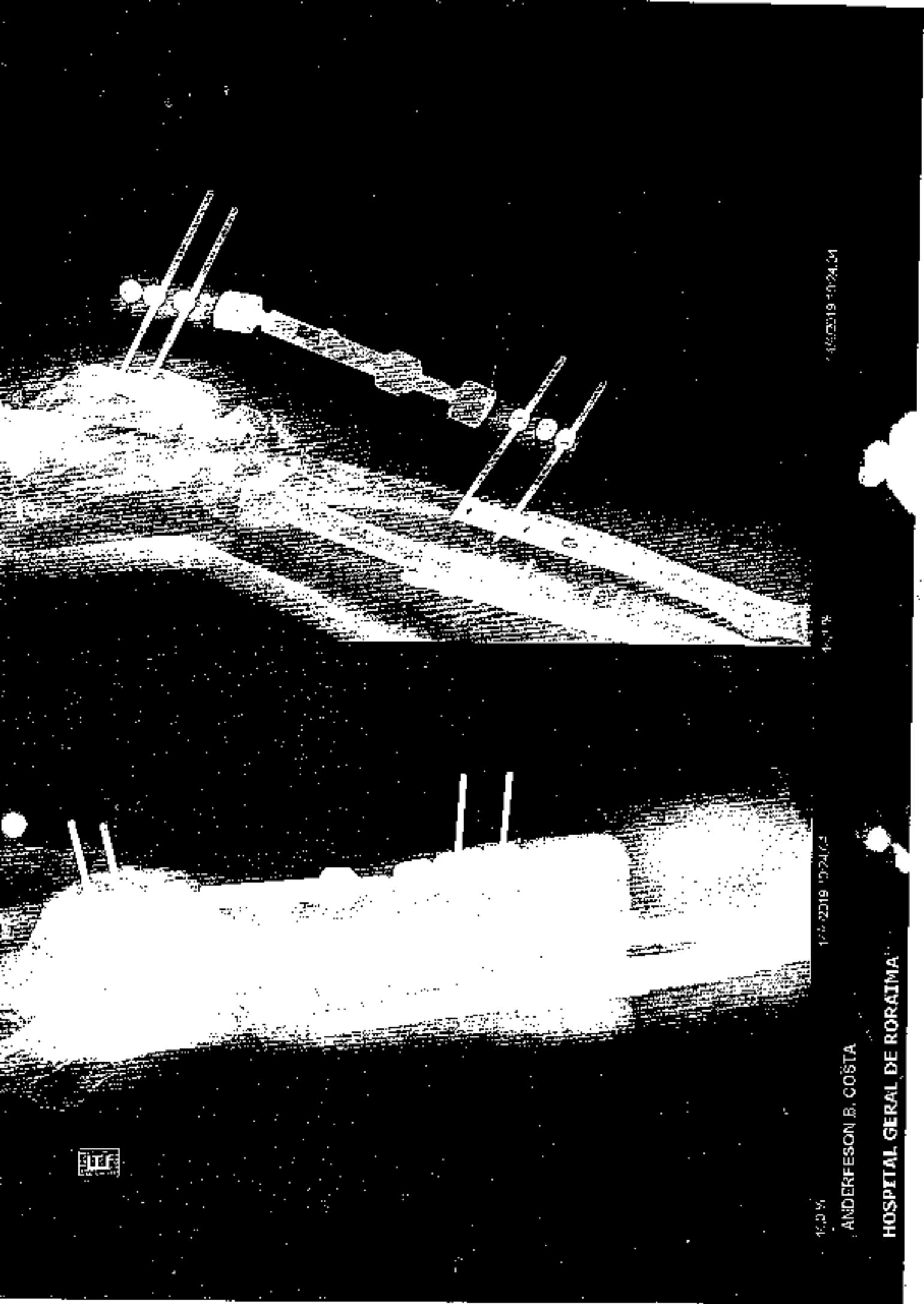


HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

EDILANE EDILANE

9/1/2010 16:41:14





12/12/2019 10:24:24

100%

12/12/2019 10:24:24

100%

ANDERFESON B. COSTA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



27/06/2019

73,0 %

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA 6880

HOSPITAL CORONEL MOTA

Francineide

ANDERSON HARRHOSA DA COSTA  
OSPITAL GERAL DE RORAIMA

RCP 67

7/12/2018 01:54:44

05.3%



# Dr. Ildeerson 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 2º e 3º metacarpo esquerdo; CID 10 S-52.5 S-52.6 S 52.4 S 62.3.

Necessita de cirurgia (osteotomia + osteossíntese da fratura luxação rádio distal + retirada de fixador externo de colos 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 hospitalares 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, Lotte) 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 do paciente;**
- **Documentos pessoais, identidade, comprovante de residência;**



# Dr. Ildeerson P. Silva

Ortopedia e Traumatologia

## CLINICA SAÚDE e VIDA

### LAÚDO 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 (privado), 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 sequela a medida que não fosse realizada a cada dia, ressalto que no SUS não estava sendo viável a realização deste procedimento porque não possuia 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 anestesiista, 1 instrumentador, material da cirurgia, valor da estadia no hospital, exames pré operatórios.

Boa Vista – RR 05 de Junho de 2019

Dr ILDESON 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. Ildeerson 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

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
MINISTÉRIO DAS CIDADES  
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRÂNSITO  
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITAÇÃO

NAME: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

DOC. IDENTIDADE / ORG. EMISSOR/UF: 132939 SSP RR

CPF: 446.951.522-15 DATA NASCIMENTO: 14/12/1977

PLACAR: JOSE RODRIGUES DA COSTA MARIA DE FÁTIMA BARBOSA DA COSTA

PERMISSÃO: ACC CATANE: AD

Nº REGISTRO: 02333776652 VALIDEZ: 31/10/2023 1ª HABILITAÇÃO: 27/08/1996

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

1745556460

PROIBIDO PLASTIFICAR

ANALISES DE MANUTENÇÃO PRÓPRIA

Assinatura do Portador

LOCAL: BOA VISTA, RR. DATA DE EMISSÃO: 01/11/2018

ANTONIO FRANCISCO DESSERA MARQUES, DIRETOR PRESIDENTE DETRAN-RR  
51309348693 RR209865890

ASSINATURA DO EMISSOR: RORAIMA