

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

CONTRATANTE: Josiane Rosas Belem
ESTADO CIVIL: Solteira
RG nº. 251.637
CPF/MF nº. 847.867.872-72
TELEFONE: (95) 99151-6977 E-MAIL: rosianerosas7@outlook.com
ENDEREÇO: Rua: Florianópolis Nº 80
Nova cidade

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

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

Boa Vista/RR, 20 / fevereiro de 2020.

* Josiane Rosas Belem

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Josiane Rosas Belem
ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO Aux. Serviços de Saúde
RG nº. 251.637
CPF/MF nº. 847.867.872-72
ENDEREÇO: Rua: Florianópolis N° 80
Nova Cidade

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

Boa Vista/RR, 20 / fevereiro de 2020

* Josiane Rosas Belem

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ


Polegar Direito

Josiane Rosas Belém
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL **251637** DATA DE EXPEDIÇÃO **09/12/2019**

NOME **JOSIANE ROSAS BELÉM**

FILIAÇÃO **JOSÉ RIBAMAR FERREIRA BELÉM
MARILDA GOMES ROSAS**

NATURALIDADE **MANAUS - AM** DATA DE NASCIMENTO **04/12/1985**

DOC. ORIGEM **CERTD NASC 47298 FLS 303 LIV A-60
MANAUS-AM**

CPF **847.867.872-72**

2ª VIA

AMADEU ROCHA TRIANI
Frente Papiloscópica da Polícia Civil
Diretor de RDC

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

PROIBIDO PLASTIFICAR

13 FEV. 2020





RORAIMA ENERGIA
Av. Capitão Ené Garcez, 551 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizado pela SEFAZ 368/13

Para consultar com a Tarifa Social, informe este número

SEU CÓDIGO
0098730-1

Nº da Nota Fiscal: 003970005

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

CONTA MES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
NOVEMBRO/2019	28-11-2019	249	414,08

CONSUMIDOR: JOSIANE ROSAS BELEM
R. ELABORADORA: R. ELABORADORA 99 NOVA CIDADE

CFF: 00284766787272
CEP: 69.316-194 - BOA VISTA

DADOS DA LEITURA	
Atual:	11278
Anterior:	10829
Dia de consumo:	28
Constante de Multiplicação:	1,000
Consumo médio:	249
Consumo Faturado:	249

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA	
Grupo/Subgrupo:	B
Classe/Subclasse:	RESID. BK. RENDA
Ligação:	B1
Número Medidor:	1570801075
Forma de Faturamento:	NORMAL
Modalidade:	CONVENCIONAL

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	30 A R\$ 0,267003 =	8,01
	70 A R\$ 0,457716 =	32,04
	120 A R\$ 0,686582 =	82,38
	29 A R\$ 0,762861 =	22,12
	49,87	
SUBVENÇÃO BAIXA RENDA		0,02
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 09/19-00		
CORR MONETÁRIA TCD (IG 3/24)		0,76
MULTA POR ATRASO DE 1 09/19-00		0,19
JUROS DE MORA POR ATR 09/19-00		5,46
PARCELAMENTO DE DÉBITO 3/24		235,78
JUROS DE MORA DE IMPO 09/19-00		2,09
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		25,23

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:

0 A 30 - 0,215771

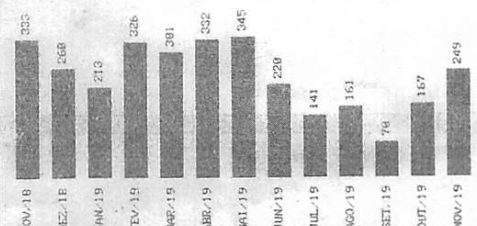
31 A 100 - 0,369891

101 A 220 - 0,554842

221 A 249 - 0,615485

Média 12 meses: 249

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Produtor Rural, atualize seu cadastro até 13.12.19 p/ não perder a Tarifa Rural Deso. Até 30%, Tarifa de Energia: reajuste médio 2,12% negativos - Resolução ANEL N 2.634 de 29.10.2019. Ligue 08007019120 e faça opção vencimento 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	78,17	Base de Cálculo:	144,55
Encargos:	4,24	ICMS:	17,00%
Tributos:	27,72	PIS:	0,37865%
Transmissão:	0,00	COFINS:	1,00919%
			24,57
			0,54
			2,61

INDICADORES DE CONTINUIDADE

Índice	19	18	17	16	15	14	13
Índice de Continuidade	0,95	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
Índice de Qualidade	0,95	0,78	0,80				

DISTRITO

09/2019: 10,86



RORAIMA ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcez, 551 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

SEU CÓDIGO
0098730-1

MÊS FATURADO
11/2019

Nº da Nota Fiscal: 003970005

TOTAL A PAGAR - R\$
414,08

VENCIMENTO
28-11-2019

7 14080075000 6 00000000098 4 73011119008 0



OC: 0098730-1

NORMAL

COLETO: 000

DT. LEIT.: 06/11/2019

TOTL: 414,08

COLETO: 368

T. ENTR.: 04

CARGA: E01

20520 - RRE (NOVA)





Governo do Estado de Roraima
Secretaria de Estado de Gestão Estratégica e Administração - SEGAD
Contra-Cheque Estadual



LOTAÇÃO

SECRETARIA DE EST. DE SAUDE

NOME

JOSIANE ROSAS BELEM

CARGO / TIPO

AUXILIAR DE SERVICOS DE SAUDE / EFETIVO

BANCO

BANCO DO BRASIL SA

SITUAÇÃO DO SERVIDOR

=====

MÊS/ANO

1 / 2020

MATRÍCULA

043002189

AGÊNCIA

00250

PIS/PASEP

12618607661

CONTA CORRENTE

608920

CPF

84786787272

TIPO DESCRIÇÃO

REFERÊNCIA

VALOR

P GEAS10% [LEI 948/14]

R\$: 106,02

P INSALUBRIDADE

R\$: 108,14

P VENCIMENTO EFETIVO

R\$: 1.081,42

D EMP. B. DAYCOVAL

39/96

R\$: 215,77

D EMP. B. DAYCOVAL

32/96

R\$: 128,22

D EMP. B. DAYCOVAL

79/84

R\$: 86,87

D EMP. BANCO PANAMERICANO

61/84

R\$: 32,50

D EMP. BANCO PANAMERICANO

52/96

R\$: 31,17

D EMP. BANCO PANAMERICANO

55/96

R\$: 14,08

D CONVENIO SIASP

1/1

R\$: 0,29

D IPER

1/1

R\$: 118,96

PROVENTOS

DESCONTOS

TOTAL LÍQUIDO

R\$: 1.295,58

R\$: 627,86

R\$: 667,72

VALIDAÇÃO

SERIAL

www.servidor.rr.gov.br

Y7KLHXHZVXN0VDJ3J-904

MENSAGEM:

Para consultar sua margem, acesse o site do servidor e clique no menu consignação.

Impresso em: 20 DE FEVEREIRO DE 2020



... Guia de Atendimento 17 ...

 GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação		Reclassificação		Reclassificação		Reclassificação			
		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.			
1901184360 08/11/2019 20:09:45		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19- 14					
Paciente JOSIANE ROSAS BELEM		Data Nascimento 04/12/1985		Idade 33 A 11 M 4 D		CNS 702602284544148		CPF 84786787272		Prontuário 00050239	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 251637		Órgão Emissor SESP/RR		Data Emissão 22/02/2002		Sexo F		Estado Civil UNIAO	
Mãe MARILDA GOMES ROSAS		Endereço RUA - FLORIANOPOLIS - 80 - NOVA CIDADE - BOA VISTA - RR		Naturalidade BRASILEIRA		Raça/Cor PARDA		Localidade MANAUS - AM		Contato (95) 99151-6977	
Ocupação FUNCIONÁRIO PÚBLICO		Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.		Peso	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por: ELIENE					
Queixa Principal Acidente de moto											
Anamnese de Enfermagem GSC AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 TOTAL											
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h) Boa noite, vinda de acidente de moto e moto afundada, uma de repente, quase perde a consciência e vomitou.											
Exame Físico PA 130/80, frequência cardíaca normal, saturação 98%.											
Hipótese Diagnóstica Fratura em pé direito e esquerdo.											
SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:											
PRESCRIÇÃO Prescrição de gesso para pé direito e esquerdo.						APRAZAMENTO			OBSERVAÇÃO		
Condição Alta por Decisão Médica						Ambulatório			Observação (Até 24h)		
Alta a Pedido						Internação			Data e Hora da Saída/Alta: / /		
Transferência para:											
óbito Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica											
Assinatura do Paciente ou Responsável						Assinatura do Médico Carolina Sousa					
Impresso por: ellena Data Hora: 08/11/2019 20:10:19						13 FEV. 2020					

Ortopedia 12 Paracet
Vento vítima de 16h hemorágia por acidente
de moto
Eff amputação do 5º falange distal (E)
Lesão 1º MTT Pe (E)
Rx fratura 1º MTT Pe (E)
H.17 fratura Enrosch 1º MTT Pe (E) +
amputação humeral 5º distal (E)
fo Centro Cirúrgico

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

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
H.E.R.					
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
Jesiane Rosas Belem				50239	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
202602284544148				04/12/85	
9 - SEXO				10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL	
Masc. ☒ Fem. ☐				Marilda Gomes Doss	
11 - TELEFONE DE CONTATO				12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)	
9159911516977				R. Florianópolis 80 Nova Cidade	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
BU				R.R.	
15 - UF				16 - CEP	
R.R.					
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
Paciente em fratura exposta do 1º MTI PE (E) + fratura humeral do 5º fêmur do lado direito (E)					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
Tratamento cirúrgico					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
Histórico + Exame físico + Radiografia					
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL					
Fratura exposta 1º MTI PE (E) + fratura humeral do 5º fêmur do lado direito (E)					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
S00.0					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
S00.0					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
S00.0					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
Tratamento cirúrgico fratura exposta 1º MTI PE (E) + fratura humeral do 5º fêmur do lado direito (E)					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
50000					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
() CNS () CPF					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Dr. Paracat					
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
08/11/19					
32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
Dr. Odinaldo Okemi					
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO					
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO					
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - Nº DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CBOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
() CNS () CPF					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
8/11/19					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
0408050462-5983					
0408060425-5681					



BOLETIM OPERATÓRIO

Josiane Rosas Belém

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 08.11.19 O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

M: CAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- (1) Paciente em D.P.H., sob anestesia
- (2) Assin e Integridade
- (3) Locação de campos estéril
- (4) Lavagem mecânica exaustiva com 0,9% de Los fisiológico
- (5) Redução aberta + fixação com Lo de Kirschner 1,5mm
- (6) Curvatura radiológica
- (7) Sutura de pele com pontos + incisões para drenagem
- (8) Observação: fratura multifragmentar e comunitária da perna
- (9) Assin e Integridade + fratura transverse 5º dedo
- (10) Lavagem mecânica exaustiva com Los fisiológico 0,9%
- (11) Sutura do dedo
- (12) Curvatura
- (13) RPA

Vitor Petracat Santiago
Ortopedia / Traumatologia
CRM-RR 1635
RQE: 610

Dr. Odinachi Okemu
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 18517RR

13 FEV. 2020



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Parimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Josiane Rostas Belém. - 33 anos

08/11/19

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		Nº
<i>11</i>		
<i>21 15 30 45 22 15 30 45 15 30 45 15 30 45</i>		
AGENTES	<i>02</i>	
LIQUIDOS VENOSOS	<i>SPR 1/6/EC6/IRAN</i>	
DA	°C	<i>100 100 100 100</i>
X	38	
ULSO	36	
ANES	34	
X	32	
OP	30	
O		
TEMP		
ASPIR.		
A		
RESP		
O		
SIMBOLOS		
AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A	<i>Propofol 20mg</i>	<i>Respirost</i>
B	<i>Alfentanil 25</i>	<i>hipob. torácica</i>
C	<i>Sufentanil 250</i>	<i>para mod.</i>
D	<i>Tenexicen 40</i>	<i>Sed. ven.</i>
F		<i>aportec</i>
G		
GLICOSE	LIQUIDOS	Cânula - Nasal - Oro Faríngea
NDGD		Nasol - Ombrequeat - Orelha
SANGUE		Bal - Tampo - Calibre do Tubo
<i>500x1000</i>		Sol. Mascara
		Dificuldade Técnica <i>não houve</i>
		TEMPO DE ANESTESIA
TOTAL		
OPERAÇÃO	<i>Plataca exposta pé (E)</i>	
ANESTESIA	COPIGO	CIRURGIÃO
<i>Dr. Adenias / Moura</i>	<i>Dr. Pablo</i>	
PERDA SANGÜÍNEA		

Bruno Thiago C. Pinto
MÉDICO
CRM-RR 1085

13 FEV. 2020



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente: Josiane Rosa Belim		IDADE:	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data 08/11/19
Blco:	Enfermaria: 001 Irã	Leito:	Nº da Sala 02	Circulante de Sala:	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima ()		Dados Adicionais:		Marca:	
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM				QUANT
01	Fio de Kirschner 1,5				01
MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Odinechi		1º AUXILIAR: Dr. Paulo			
INSTRUMENTADOR:					
Empresa ()		Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM () ATHENA () / MACON ()			Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM				QUANT
MÉDICO CIRURGIÃO:		1º AUXILIAR:			
INSTRUMENTADOR:					

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º QPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: son.ma.hor@gmail.com

13 FEV. 2020

13 FEB. 2020

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Yasiane Rosa Belion

Data de Nasc: 05 / 12 / 25 Idade: 33

Setor/Leito: GT

Data: 08 / 11 / 19.

Termo de Consentimento Cirurgia: (☒) Sim (☐) Não

Termo de Consentimento Anestesia: (☒) Sim (☐) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO	INTRA-OPERATÓRIO					SRPA										
Cirurgia Proposta: <u>Fratura de PE</u>	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia		Cirurgia		Sinais Vitais						
1. Informações:	21:19	21:37	21:56	23:04		raqui	movimento	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DO		
	Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento	Localização	0'	15'	30'	45'	1h	01:30h	2h	Observações:				
Jejum () Sim (X) Não	15 minutos de	raqui	Dumbito dorsal	1. Sonda	2. Curativo	3. Dreno	4. Acesso venoso	5. Outros:								
Prótese () Sim (X) Não	Hidratação Infundida	Antibióticoterapia	Hemoderivados													
Exames (X) Sim () Não	SF 0,9%: 1000ml	Nome: <u>gabriel</u>	CH:													
Reserva UTI () Sim (X) Não	SG 5%:	Dose: <u>clonitaz</u>	Plasma:													
Lateralidade () Sim (X) Não	Outros:	Hora: <u>23:00</u>	Plaquetas:													
PNE () Sim (X) Não	N° de Compressas oferecidas:	<u>06</u>	Anátomo Patológico:													
Alergia () Sim (X) Não	N° de Compressas recolhidas:	<u>06</u>	() Não													
Qual:	Exames na SO:	() Ht () Hb () Hemograma () RX	() Sim													
Reserva de Hemoderivado:	() Gasometria () Outros:		N° Peças:													
() Sim (X) Não			() Cultura													
Outros:			() Outros:													

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2010



Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJV2K 6387O TN8AW VVYCD

13 FEB. 2020

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Joiane Rosa Belém
Responsável Cirurgião

ENTRADA (Sala Pré-Anestesia)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

ATTO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

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

Dr. Marcos Reine Diniz
Médico Residente
Anestesiologia
CRM: 1869

Assinatura

Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesista: Marcos

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da
operação e perda sanguínea prevista.

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e
outros estão presentes e dentro da validade de
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer
preocupações

Excesso de instrumental sem indicação de uso

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim,

Qual: Santomira e Hora: 23:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Sandra Suma - 87341-82
Assinatura e Carimbo



505-04

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE <u>Josiane Rosas Belém</u>				
AGNÓSTICO <u>fratura exposta 1º UTT PE(E) + amputação 5º DED. (E)</u>				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2
IDADE		LEITO	DATA	08/11/19
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Não tem
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			03:20 (24) 08-12-18
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			08
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SND 03:20
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			-
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			08-14-22
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			SND
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			24 08-12-18
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H <u>Suspensão</u>			SUSPENSÃO
12	<u>berlamina 200mg ev 1x ao dia 08</u>			
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
17	SSVV + CCGG 6/6 H			
18	CURATIVO DIÁRIO			
19				
20				
21				
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				
MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				

06h 130x90 82 20 36°C

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: <i>forname R. Helen</i>			
DIAGNÓSTICO: <i>P+ exposte 1º mst pº (E) + amputação s- gnd (E)</i>			
ALERGIAS:		HAS	DM2
IDADE:		LEITO	DATA
		<i>505-4</i>	<i>9/11/18</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	<i>SND</i>	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	<i>manter</i>	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	<i>SN</i>	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	<i>SN 12 18</i>	
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA	<i>SN 06</i>	
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5	<i>SN 18</i>	
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	<i>06</i>	
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<i>SN 20 30</i>	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN	<i>SN</i>	
10	<i>Clendamecino 600 EV 6/6h</i>	<i>12 18 24 06</i>	
11	<i>Glutamecino 240 g 1x 2V</i>	<i>08</i>	
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	<i>22/6</i>	
20	SSVV + CCGG 6/6 H		
21	CURATIVO DIÁRIO		
SE DIABÉTICO-CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRACÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS. # SOLICITADO: # CONDUTA: # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:			
<i>Dr. Marcos Aguiar</i> Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1995			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	<i>130 x 400</i>	<i>88</i>	<i>135.80 DE (E)</i>
18 H	<i>152 x 100</i>	<i>80</i>	<i>136.20 D400 (E)</i>
<i>22H 22</i>	<i>172 x 117 mmHg</i>	<i>85</i>	<i>TA: 36 D: 300ml E: 0</i>
<i>06h</i>	<i>123 x 85 mmHg</i>	<i>82</i>	<i>TA: 35 D: 400ml EVAC: 0</i>

09:25 Trocado Acesso venoso com gelco n° 22.
18h part. refere muita dor, Adm. medicosa / Cpm. e realizado os cuidados de enfermagem.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

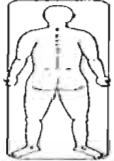
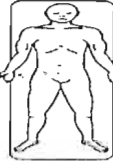
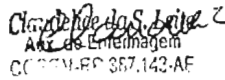
Josiane Rosas Belem

Leito:

505-4

Data:

09/11/19

Localização	 	Região: <u>MSD</u> Grau: I (☒) II (☐)	 	Região: _____ Grau: I (☐) II (☐)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular (☒) Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: _____		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: _____	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (☒) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	
Pele Perilesional	(☒) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Purulento (☒) Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (☒) Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(☒) Soro Fisiológico 0,9% (☒) Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(☒) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 (☒) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	 Renata Silva Rodrigues CCRN-RR 415272 - AE		 Cláudia de S. Lima ACS de Enfermagem CCRN-RR 357.143-AE	
Observações:	_____ _____ _____		_____ _____ _____	



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: <u>Josiane Rosa</u>			
DIAGNÓSTICO: <u>fratura exposta 1º MTT Pe (E)</u>			
ALERGIAS:		HAS	DM2
IDADE:		LEITO <u>505-4</u>	DATA <u>10/11/19</u>
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		<u>SWD</u>
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		<u>monta</u>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		} <u>SN</u>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN		
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA		
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5		} <u>ob.</u>
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		} <u>SN</u>
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN		
10	<u>Dr Odinachi</u> <u>Gentamicina 240mg EV 1x ao dia</u>		} <u>ob.</u>
11	<u>Clindamicina 600mg EV 6/6h</u>		
12			} <u>ob.</u>
13			
14			} <u>ob.</u>
15			
16			} <u>ob.</u>
17			
18			} <u>ob.</u>
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
20	SSVV + CCGG 6/6 H		} <u>ob.</u>
21	CURATIVO DIÁRIO		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGICAS. # SOLICITADO: # CONDUZA: # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:			

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	<u>134x113</u>	<u>113</u>	<u>20</u>	<u>DE + EN</u>
18 H	<u>136x112</u>	<u>88</u>	<u>20</u>	<u>DE + EN</u>
24 H	<u>128x85</u>	<u>94</u>	<u>36.7°C</u>	<u>36.7°C</u>

feito a medicação
mais SSVV + CCGG
conforme prescrição
médica das 8 às 19h

Mary Magalhães
Téc. Enfermagem
COREN-RR 776.794-1E

06h
PA: 134x88
FC: 86
TAY: 36.5

Fridalane Moreira da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-RR 977.762

Realizados: sinais
vitalis, medicação
conforme prescrição
médica. Segui os
cuidados da equipe
de enfermagem.

Fridalane Moreira da Silva
Téc. Enfermagem
COREN-RR 977.762

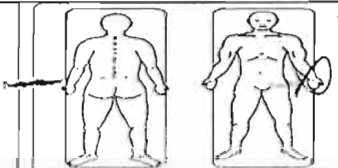
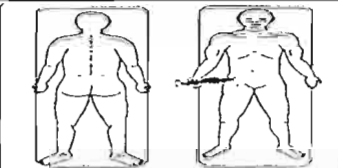
[illegible][illegible]

5/11/19
 PA: 13090mmHg
 PC: 856pm
 35°C
 D. +
 E. +



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018	
	Tratamento de Feridas –	Paciente: JOSIANE ROSAS DE BELEM				
	HGR	Leito: 505-4		Data: 30/11/19		

Localização		Região: MIE Grau: I ☒ II ☒		Região: MIE Grau: I ☒ II ☐
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:		☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro:	
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☒ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros		☐ Necrose: Amarela/Negra ☒ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros	
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outro:		☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outro:	
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☒ Outro: SANG. POUCO		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☒ Seco ☐ Outro:	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☒ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☒ Outro: AGE		☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Emiliana do N. Silva COREN-RR 47342-AE EMILIANA		Bruno Berenise Sônia Carlos Téc. de Enfermagem COREN-RR 387.172 BRUNO	
Observações:				



505-4

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Prione Roraima, Adriano				
AGNÓSTICO	17 anos				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	505-4	DATA	11/12/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18 24 06
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				14 22 06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12 18 24 06
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				18 06
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
13	SSV + CCGG 6/6 H				rotina
14	CURATIVO DIÁRIO				curativo
15	F. 1000 20mg EV 12/12h				18 06
16					
17					
18					
19					
20					
21					

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

Dr. Blom Arou D.

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

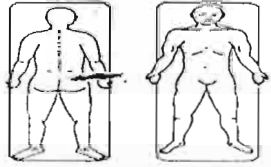
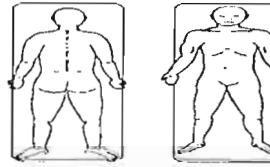
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	150x90	86	36	+
24 H	130x80	89	36	E D
06	150x80	85	36	+

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

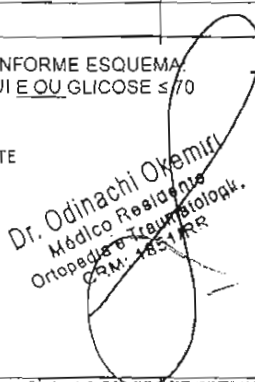
EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente: <u>Josiane Rosas de Belém</u>			
	HGR	Leito: <u>505.4</u>	Data: <u>11/11/19</u>		

Localização		Região: <u>MSE</u> Grau: I () II (X)		Região: <u>MIE</u> Grau: I (X) II (X)
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro:		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia (X) Outro: <u>Fio de Kirschner</u>	
Aparência do Leito	(X) Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (X) Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros		() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros	
Pele Perilesional	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:		() Normal () Macerado (X) seca () Eritema / Rubor (X) Outro: <u>equimom roxo</u>	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo (X) Seco () Outro: <u>edema moderado</u>	
Quantidade de Exsudato	() Molhado (X) Umido <u>grosso</u> () Seco		() Molhado () Úmido (X) Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%		(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata () Hidroge! () Outro: <u>AGE</u>		(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidroge! () Outro:	
Troca	() 12/12 (X) Diário <u>manhã</u> () 48/48h		() 12/12 (X) Diário <u>manhã</u> () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE		Adonilde Vieira Araujo Técnica em Enfermagem COREN-RR 507.795/TE	
Observações:				



505-4

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Joziane Rosas Belém				
AGNÓSTIC	Fratura Descolada 10 MT Pe				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	505-4	DATA	12/11/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			S/N	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N			S/N	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			12 18 06	
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			S/N	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			S/N	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			14 22 06	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H			12 18 06	
11	GIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H			S/N	
12	Gentamicina 240mg Ev 1x ao dia			16	
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			11/40	
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19					
20					
21					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
 Dr. Odinachi Okemir Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM: 1851 RR					
SINAIS VITAIS				MÉDICO RESIDENTE	
6 H	PA	FC	FR	TAX	UN. ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
12 H	160 x 100	71	23	35,5	++
18 H					
24 H					



EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: **JOSIANE ROGAS BELEM**

Leito: **505-4**

Data: **12/11/19**

Localização	Região: MGE Grau: I () II (X)	Região: MIE Grau: I (X) II (X)	
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>Tracção</u> ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>Tracção</u> ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☒ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros	
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outro:	
Tipo de-Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Rozamelo Miguel Deodora Téc. Enfermagem COREN-RR 629 703	Denilson Téc. Enfermagem COREN-RR 629 703	Rozamelo Miguel Deodora Téc. Enfermagem COREN-RR 629 703
Observações:			

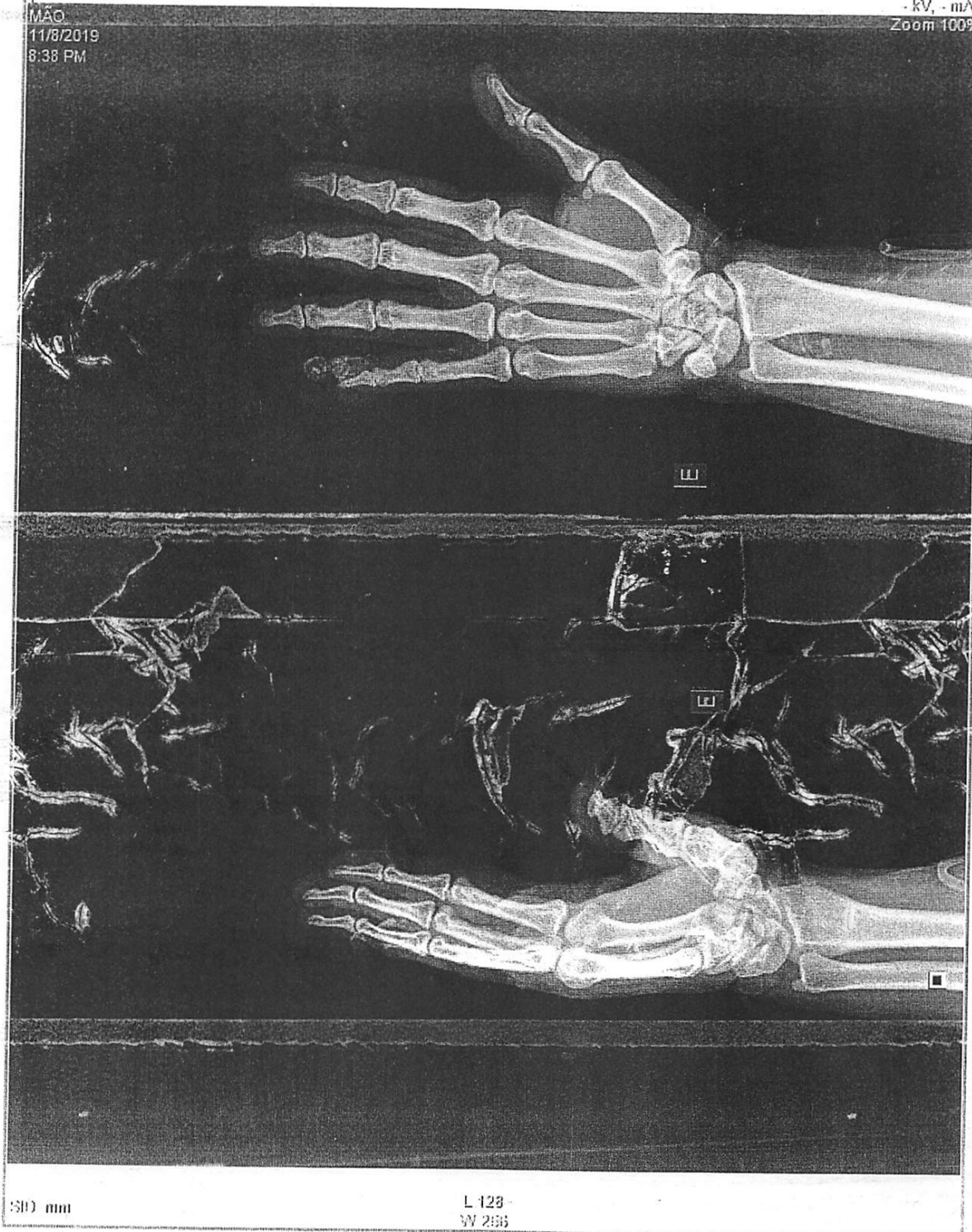


Not intended for official interpretation.

JOSIANE ROSA
HGR-3111515212

HOSP. GERAL DE ROFAIMA
Operator: NXRAIOX/usuario
- kV, - mAs
Zoom: 100%

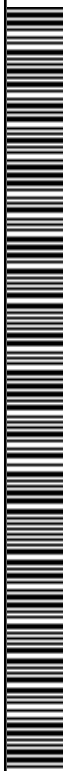
MAO
11/8/2019
8:38 PM



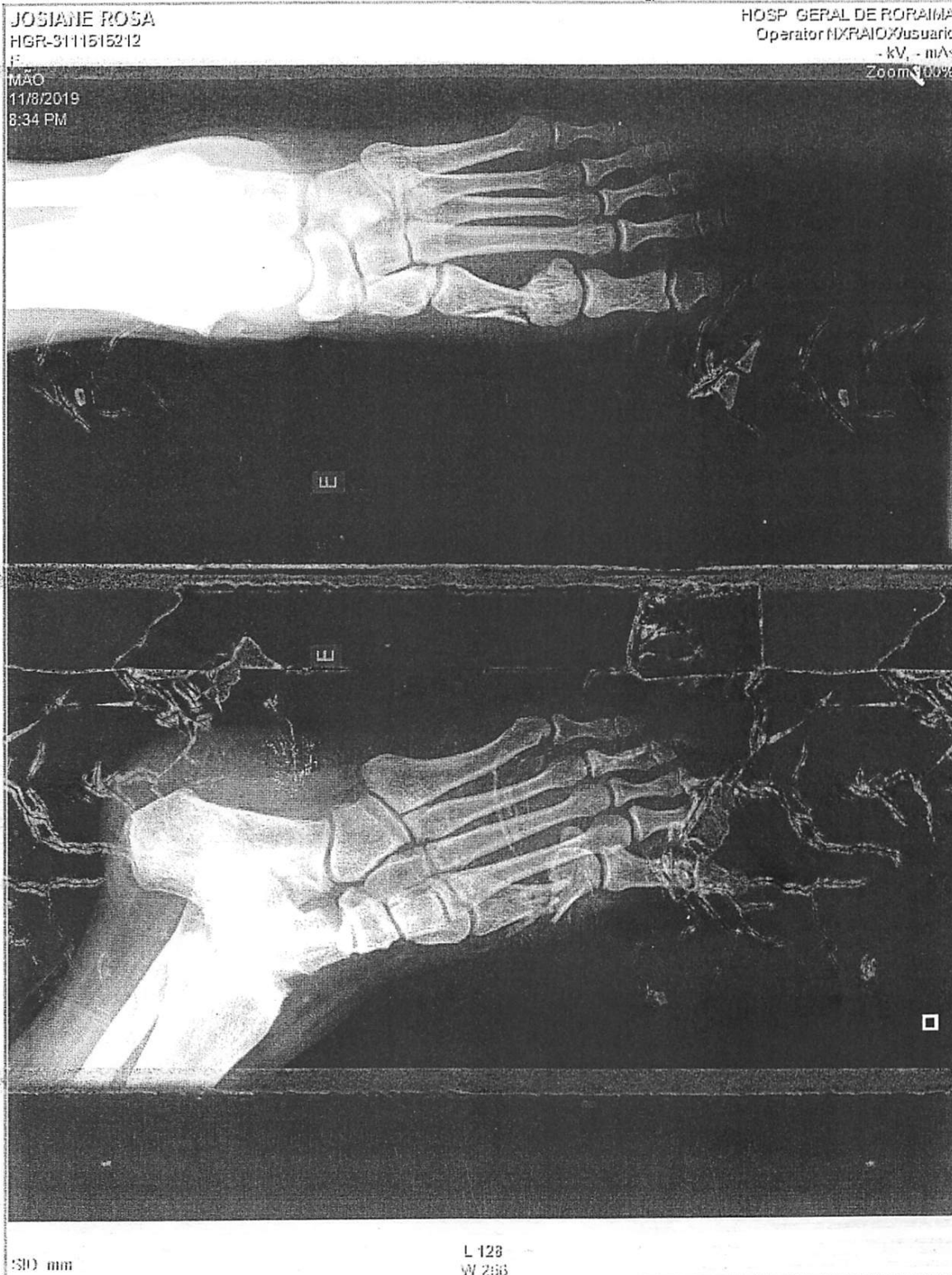
SD mm

L 128
W 255

13 FEV. 2020



Not intended for official interpretation.

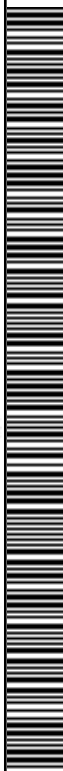


13 FEV. 2020

Not intended for official interpretation.



13 FEV. 2020

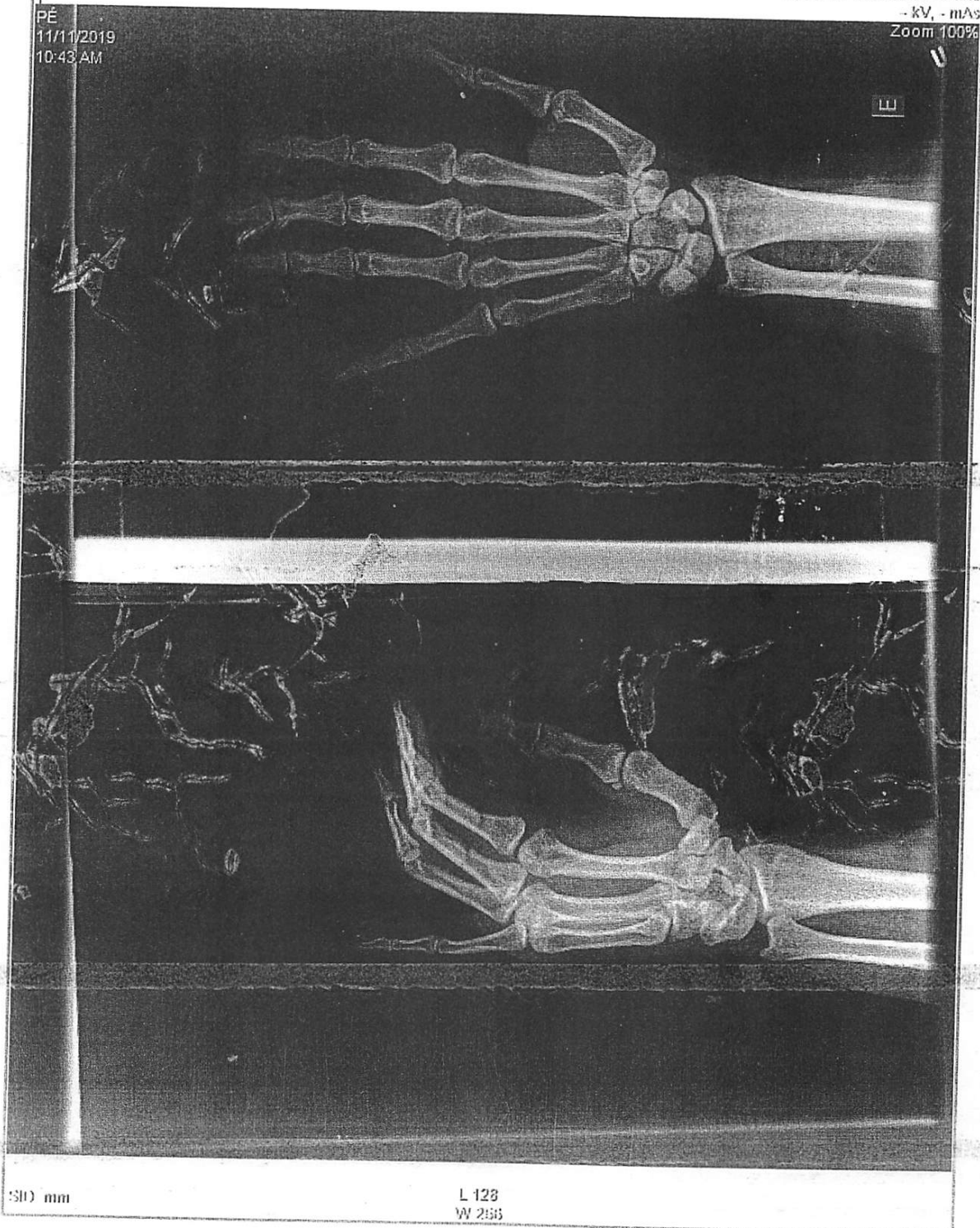


Not intended for official interpretation.

JOSIANE ROSA
BLOC. E 505-04

HOSP. GERAL DE RORAIMA
Operator NXPAIOX/usuario
- kV, - mAs
Zoom 100%

PÉ
11/11/2019
10:43 AM



13 FEV. 2020





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042724/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 02/12/2019 10:58 Data/Hora Fim: 02/12/2019 11:20
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 08/11/2019 18:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA TRÊS MARIAS

Bairro: Raiar do Sol

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - OUTROS	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: JOSIANE ROSAS BELEM (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Manaus Sexo: Feminino Nasc: 04/12/1985
Profissão: Auxiliar de Serviços
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Marilda Gomes Rosas

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA FLORIANÓPOLIS Nº: 80
Bairro: NOVA CIDADE

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário 199.531.432-34	Placa NAN6913
Renavam 00302516042	Número do Motor E3G8E-008068
Número do Chassi 9C6KE1510B0008062	Ano/Modelo Fabricação 2011/2011
Cor VERMELHA	UF Veículo Roraima
Município Veículo Boa Vista	Marca/Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E
Modelo YAMAHA/FACTOR YBR125 E	Veículo Adulterado? Não
Quantidade 1 Unidade	Situação Envolvido
Última Atualização Denatran 10/03/2011	Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA
Nome Envolvido	Envolvimentos
Josiane Rosas Belem	Depositário

RELATO/HISTÓRICO

A COMUNICANTE COMPARECEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL DESCRITO ACIMA, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA RUA TRÊS MARIA, SENTIDO > ESTRELA D'ALVA (ENTRE



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Data de Impressão: 02/12/2019 11:21
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

13 FEV. 2020



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 042724/2019

O NÚMERO 409 E 453), QUANDO AO TENTAR DESVIAR DE UM BURACO NA PISTA, FOI ATINGIDA POR UMA OUTRA MOTOCICLETA QUE TRAFEGAVA NA MESMA RUA. QUE COM O IMPACTO ACABOU CAINDO E SOFRENDO LESÃO CORPORAL, FRATURANDO O PÉS ESQUERDO E DEDO MÍNIMO DA MÃO ESQUERDA. QUE O OUTRO MOTOCICLISTA QUE NÃO SABE INFORMAR QUEM É, PRESTOU TODO O APOIO ATÉ A CHEGADA DO SAMU. QUE NÃO DESEJA FAZER QUALQUER REPRESENTAÇÃO CONTRA O REFERIDO MOTOCICLISTA. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT.
É O RELATO.

ASSINATURAS

Volney Amajari Grangeiro Das Neves
Agente de Polícia
Matrícula 042000169
Responsável pelo Atendimento

Josiane Rosas Belem
(Vítima / Comunicante)

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



13 FEV. 2020

Email - ILDIR INAC x Seguradora Lider x 13576046.pdf x 15481206.pdf x 15514886.pdf x Proexo DPVAT | B. x Declaração de Res. x +

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

SINISTRO 3200067517 - Resultado de consulta por beneficiário

PAGUE SEGURO

Como Pagar

Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

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

VÍTIMA JOSIANE ROSAS BELEM
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN
CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz
BENEFICIÁRIO JOSIANE ROSAS BELEM
CPF/CNPJ: 84786787272

Posição em 21-02-2020 13:16:26
O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Lider-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.
Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
20/02/2020	R\$ 1.350,00	R\$ 0,00	R\$ 1.350,00

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
13/02/2020	NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS	
	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO	

Windows Taskbar: Digite aqui para pesquisar, O, I, e, [Icons], POR PTB2

