



Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317B

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

Dr. John Emerson de Souza Camilo  
OAB/RR 1376

### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

**OUTORGANTE** EDENILSON MENEZES DE SOUZA, brasileiro(a),  
estado civil: solteiro, Profissão: Desempregado,  
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 4399110 SSP/RR  
e inscrito(a) no CPF/MF nº 795.719.802-34, residente e domiciliado  
(a) na RUA - CC-26, nº 319,  
Bairro: Senador Helio Campos, no  
município Boa Vista /RR, telefone: 957991590025, E-mail:  
\_\_\_\_\_, vêm através de seu advogado in fine  
assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa  
Vista - Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus  
procuradores.

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

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

Boa Vista /RR 20, de 05 de 2020

Edenilson Menezes de Souza

Outorgante

CPF/MF nº



MT. JUNTA EMISSORA DE JUNTADA EMISSA  
OAB/RR 1376

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

**EU:** Edenilson meneses de souza  
estado civil solteiro, RG nº 4399110, e CPF  
nº 795-719-802-34, residente e domiciliado (a) na  
Rua CC-26 Nº 319 Bairro:  
Senador Helio campos, Cidade BOA VISTA RR  
- Roraima, telefone (95) 991590025.

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

BOA VISTA, 20 de maio de 2020.

Edenilson meneses de souza

**DECLARANTE**

| QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO                                                                                             |                                                       |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
|                                          |                                                       |
| <b>EDENILSON MENEZES DE SOUSA</b>                                                                                           |                                                       |
| FILIAÇÃO.....                                                                                                               | MANOEL RODRIGUES DE SOUSA<br>MARIELI MENEZES DE SOUSA |
| NASCIMENTO.....                                                                                                             | 14/02/1978      SEXO: MASCULINO                       |
| ESTADO CIVIL.....                                                                                                           | SOLTEIRO                                              |
| NATURALIDADE: ALENQUER - PA                                                                                                 |                                                       |
| DOCUMENTO.....                                                                                                              | R.G. 4382110 SEGP RR 02/04/2012                       |
| LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996                                                                                         |                                                       |
| CPF.....                                                                                                                    | 795.719.832-34      CNH.....                          |
| TIT. ELEITOR:                                                                                                               | SEÇÃO:      ZONA:                                     |
| LOCAL/DATA DE EMISSÃO: BRTERR - 14/07/2014                                                                                  |                                                       |
| <br><small>Assinatura do Eleitor</small> |                                                       |
| ASSINATURA DO ELEITOR                                                                                                       |                                                       |

| DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR                                                                                                      |                                                                     |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------|
| GRUPO SANGÜÍNEO (ABO) <input type="checkbox"/> A <input type="checkbox"/> B <input type="checkbox"/> O <input type="checkbox"/> AB | DIABETE <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO   |
| ALERGIAS <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                 | HEMOFILIA <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |
| DOADOR DE ÓRGÃOS (Lei nº 879, de 12 de julho de 1993) <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                    |                                                                     |

| CARTÊIRAS ANTERIORES          |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 042845 Colômbia AM 11/01/1979 | 14/07/2014 Waldemir de Azevedo |
| 14/07/2014                    | Mat. S. 11.419/2006            |
| 14/07/2014                    | 14/07/2014                     |
| 14/07/2014                    | 14/07/2014                     |
| 14/07/2014                    | 14/07/2014                     |
| 14/07/2014                    | 14/07/2014                     |
| 14/07/2014                    | 14/07/2014                     |
| 14/07/2014                    | 14/07/2014                     |
| 14/07/2014                    | 14/07/2014                     |
| 14/07/2014                    | 14/07/2014                     |

| CONTRATO DE TRABALHO                    |  |
|-----------------------------------------|--|
| 09.266.363/0001-48                      |  |
| G. M. DE ALENCAR - ME                   |  |
| Rua: Capricórnio, 532 - Cidade Satélite |  |
| CEP: 69.317-494                         |  |
| BOA VISTA/RR                            |  |
| Gesseiro                                |  |
| 09                                      |  |
| 14/07/2014                              |  |
| 14/07/2014                              |  |
| 14/07/2014                              |  |
| 14/07/2014                              |  |
| 14/07/2014                              |  |
| 14/07/2014                              |  |
| 14/07/2014                              |  |
| 14/07/2014                              |  |
| 14/07/2014                              |  |
| 14/07/2014                              |  |

| CONTRATO DE TRABALHO                    |  |
|-----------------------------------------|--|
| 09.266.363/0001-48                      |  |
| G. M. DE ALENCAR - ME                   |  |
| Rua: Capricórnio, 532 - Cidade Satélite |  |
| CEP: 69.317-494                         |  |
| BOA VISTA/RR                            |  |
| Gesseiro                                |  |
| 12                                      |  |
| 12                                      |  |
| 12                                      |  |
| 12                                      |  |
| 12                                      |  |
| 12                                      |  |
| 12                                      |  |
| 12                                      |  |
| 12                                      |  |
| 12                                      |  |

| CONTRATO DE TRABALHO    |  |
|-------------------------|--|
| EMPREGADOR              |  |
| EMPREGADO               |  |
| MUNICÍPIO               |  |
| ESP. DO ESTABELECIMENTO |  |
| CARGO                   |  |
| DATA DE ADMISSÃO        |  |
| ABOLICION               |  |
| REINSCRIÇÃO             |  |
| DATA DE SAÍDA           |  |
| COM. DE SAÍDA           |  |
| PÓS. Nº DA CONTRA       |  |



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 040083/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/11/2019 08:57 Data/Hora Fim: 14/11/2019 09:22  
Delegado de Polícia: Douglas Gabriel da Cruz

DADOS DA Ocorrência

Afeto: 4º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 19/10/2019 19:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: Laura Moreira

Logradouro: Av. Major Elcidon Pinto, em frente ao nº 570

Ponto de Referência: Bairro Laura Moreira

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: MARICELMA DOS SANTOS OLIVEIRA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: RR - Boa Vista

Sexo: Feminino

Nasc: 30/09/1983

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria do Carmo dos Santos

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 908.169.862-15

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua CC-26

Nº: 319

Bairro: Laura Moreira

Nome Civil: EDENILSON MENEZES DE SOUZA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PA - Alerquer

Sexo: Masculino

Nasc: 14/02/1978

Profissão: Gesseiro

Estado Civil: União Estável

Nome da Mãe: Marideli Menezes de Souza

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4399110

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua cc-26

Nº: 319

Bairro: Laura Moreira

Telefone: (95) 99159-0025 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

Delegado de Polícia Civil: Douglas Gabriel da Cruz

Impresso por: Jorgemar da Silva

Data de Impressão: 14/11/2019 09:22

Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2



PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



**GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**POLÍCIA CIVIL**  
**4º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR**

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 040083/2019

Senhor delegado, a comunicante acima qualificada compareceu nesta delegacia para informar que na data acima citada, estava na Av. Major Elcison Pinto em frente ao número 570, bairro Laura Moreira, juntamente com seu esposo de nome Ednilson Menezes de Sousa, que estavam atravessando a rua, que já estavam próximo do meio fio, quando a motocicleta 125, vermelha, placa NBA-7320, que era conduzida pela senhora Erica Aline Marco, atropelou o senhor Ednilson. Que segundo a comunicante o senhor Ednilson foi levado, pela equipe de Resgate, até o Pronto Socorro Estadual (PSE) com fratura no Femur. Que de acordo com a comunicante o senhor Ednilson ainda se encontra hospitalizada no Hospital da Clínicas. Que comunicante informa ainda que a Polícia Militar esteve no local do acidente e fez o ROP nº 068757 Série J.

**ASSINATURAS**

Jorgenir da Silva  
Agente de Polícia  
Matrícula 42000144  
Responsável pelo Atendimento

Marcelma dos Santos Oliveira  
(Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de assilo que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 336-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contaminação do Código Penal Brasileiro."



19/10/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

A-60



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

1ª Classificação  
Reclassificação  
☐ Vermelho  
☐ Laranja  
☐ Amarelo  
☐ Verde  
☐ Azul Ass.

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

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

|                                                                              |                     |                                                       |  |                                                   |  |                                             |  |
|------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------|--|---------------------------------------------|--|
| 1901175897                                                                   | 19/10/2019 20:27:30 | <b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>                           |  | <b>TRAUMATOLOGIA</b>                              |  | <b>NOTURNO 19- 15</b>                       |  |
| Paciente<br><b>EDENILSON MENEZES DE SOUSA</b>                                |                     | Data Nascimento<br><b>14/02/1978</b>                  |  | Idade<br><b>41 A 8 M 5 D</b>                      |  | CNS<br><b>700500785900950</b>               |  |
| Tipo Doc<br><b>IDENTIDADE 4399110</b>                                        |                     | Documento<br><b>SSP</b>                               |  | Sexo<br><b>M</b>                                  |  | CPF<br><b>79571980234</b>                   |  |
| Mão<br><b>MARIDELI MENEZES DE SOUSA</b>                                      |                     | Estado Civil<br><b>SOLTEIRO(A) PARD</b>               |  | Raça/Cor<br><b>ALENQUER - PA</b>                  |  | Nacionalidade<br><b>BRASILEIRA</b>          |  |
| Endereço<br><b>RUA - CC-26 - 319 - SENADOR HELIO CAMPOS - BOA VISTA - RR</b> |                     | Pai<br><b>NC</b>                                      |  | Ocupação<br><b>NÃO INFORMADA</b>                  |  | Registro por:<br><b>ELIENE</b>              |  |
| Class. de Risco                                                              |                     | Plano Convênio<br><b>SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE</b> |  | Nº da Carteira                                    |  | Validade                                    |  |
| Motivo do Atendimento<br><b>ATROPELAMENTO</b>                                |                     | Caráter do Atendimento<br><b>URGÊNCIA</b>             |  | Profissional do Atend.                            |  | Procedência                                 |  |
| Setor<br><b>GRANDE TRAUMA</b>                                                |                     | Tipo de Chegada<br><b>RESGATE</b>                     |  | Procedimento Sol.                                 |  | Temp. Peso Pressão                          |  |
| Queixa Principal                                                             |                     | <input type="checkbox"/> Síndrome Febril              |  | <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório |  | <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |  |

## Anamnese de Enfermagem

GSC

TOTAL

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 20:27h)

Atropelamento. (colisão  
Motocicleta pedestre)

Exame Físico

Possível fratura de  
fêmur esquerdo @.

Hipótese Diagnóstica

SADT - Exames Complementares

☒ RAIO-X☐ ULTRA-SON☐ TC☐ SANGUE☐ URINA☐ ECG☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

0 D D I P I R A N T 1 g 100  
0 T R O P E L A M E N T O

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

20:30h



Conduta

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

atropelamento

☐ Ambulatório☐ Observação (Até 24h)☐ Internação

Data e Hora da Saída/Alta:

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ NãoDestino: ☐ Família☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Assinatura do Médico  
GIVAGO Henrique de Souza  
Asp. QOCON - Médico  
CRM-RR 1803

Impresso por: eliene  
Data Hora: 19/10/2019 20:28:21

8-2019  
BOMBA - Impressão de Qualidade  
em 100% de fidelidade  
em 100% de fidelidade



1901175897

#Ortopedia Dr. Augusto  
paciente alcoolizado, vítima de  
violência com muito  
fratura de fêmur e  
disparos.  
C/2 tração transequeltra  
+ Intenso para pinça  
mão cirúrgica.

Dr. Augusto Cavalcante  
OAB/RS 1104 10811



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

|                                                                                                                                                                                                                     |                                                                       |         |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------|---------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    | DIH                                                                   | DN      |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                            | EDENILSON MENEZES DE SOUSA                                            |         |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                           | FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR E                                         |         |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            | HAS                                                                   | DM2     |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | LEITO                                                                 | A-60    |
| DATA                                                                                                                                                                                                                | 20/10/2019                                                            |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                                            | HORÁRIO |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                                      | SND     |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | AVP                                                                   | Manita  |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N                          |         |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                                       |         |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                               |         |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR                          |         |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | TRAMAL 100MG+SF0,9%100ML EV DE 8/8H OU VO 50MG 2C 8/8H SE DOR INTENSA |         |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                   |         |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                           |         |
| 13                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                                       |         |
| 14                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                                     |         |
| 15                                                                                                                                                                                                                  | CLEXANE 40MG SC 1X/DIA                                                |         |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |         |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |         |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |         |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |         |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |                                                                       |         |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                                       |         |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                    |                                                                       |         |

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,  
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORADO, HIDRATADO.  
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS VITAIS |        |    |    |
|---------------|--------|----|----|
| 6 H           | PA     | FC | FR |
| 12 H          |        |    |    |
| 18 H          |        |    |    |
| 24 H          | 155/97 | 73 |    |

Dr. Fernando Rezende  
Médico  
CRM-RR 2007



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA

NOME EDENILSON MENEZES

IDADE : 41

BLOCO:   A   LEITO: 60

PEDIDO DE PARECER

DE: ORTOPEDIA

PARA: CARDIOLOGIA

Paciente acima citado, encontra-se hospitalizado para intervenção cirúrgica, motivo pelo qual solicito avaliação de risco cirúrgico.

OBS: Exames disponíveis no prontuário ou sistema

Dr. Pedro de S. Fausto  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 2000

Assinatura e Carimbo do Médico

RESPOSTA

Risco cirúrgico  
41 anos  
Cirurgia: Ortopedia  
Rx. final: TA: 100/60 - P  
Apal. RA, 27

Dr. Marcelo Dornelles P. Souza  
Alergista  
CRM 705-RR

Assinatura e Carimbo do Médico

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR  
Tel: (95) 2121-0615

A60 (corredor)

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        |       |      |                                        |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|-------|------|----------------------------------------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                        |       |      |                                        |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |       |      |                                        |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                        |       |      |                                        |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                        | DIH   | DN   |                                        |            |
| PACIENTE EDENILSON MENEZES                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                        |       |      |                                        |            |
| AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR E                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                        |       |      |                                        |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                        | HAS   | NEGA | DM2                                    | NEGA       |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                        | LEITO | 60   | DATA                                   | 22/10/2019 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PRESCRIÇÃO                                             |       |      |                                        | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DIETA ORAL LIVRE                                       |       |      |                                        | SW         |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                               |       |      |                                        | SW         |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SF 0.9% 500ML EV S/N                                   |       |      |                                        | SW         |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                 |       |      |                                        | SW         |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                  |       |      |                                        | SW         |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |       |      |                                        | SW         |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM  |       |      |                                        | SW         |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                |       |      |                                        | SW         |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                        |       |      |                                        | SW         |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                 |       |      |                                        | SW         |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |       |      |                                        |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |       |      |                                        |            |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |       |      |                                        |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |       |      |                                        |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |       |      |                                        |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |       |      |                                        | SW         |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                      |       |      |                                        | SW         |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CURATIVO DIÁRIO                                        |       |      |                                        |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |       |      |                                        |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |       |      |                                        |            |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                        |       |      |                                        |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:<br>200-250: 2UI, 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70<br>DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                                      |                                                        |       |      |                                        |            |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.<br># SOLICITADO:<br># CONDUTA: MANTIDA<br># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br># PREVISÃO DE ALTA: |                                                        |       |      |                                        |            |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                        |       |      |                                        |            |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PA                                                     | FC    | FR   | Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO              |            |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 115x46                                                 | 70    | 35.6 | CRM-RR 2028                            |            |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 130x90                                                 | 73    | -    | Residente de Ortopedia e Traumatologia |            |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 118x81                                                 | 63    | -    | 96.8                                   |            |

13. ad: para medicação c.p.m.  
SWV ulni p. coudos

Rafaela Marcela S. Campello  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 903.942 - TE

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                         |       |           |                                        |                    |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|-----------|----------------------------------------|--------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |       |           |                                        |                    |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |       |           |                                        |                    |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |       |           |                                        |                    |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                         | DIH   | DN        |                                        |                    |
| PACIENTE <b>EDENILSON MENEZES</b>                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |       |           |                                        |                    |
| AGNÓSTICO <b>FX DIAFISE FEMUR E</b>                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                         |       |           |                                        |                    |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         | HAS   | NEGA      | DM2                                    | NEGA               |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         | LEITO | <b>60</b> | DATA                                   | <b>21/10/2019</b>  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PRESCRIÇÃO                                              |       |           |                                        | HORÁRIO            |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DIETA ORAL LIVRE                                        |       |           |                                        | <b>5ND</b>         |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |       |           |                                        |                    |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SF 0.9% 500ML EV S/N                                    |       |           |                                        | <b>SN</b>          |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                  |       |           |                                        | <b>12 18 24 06</b> |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   |       |           |                                        | <b>12 18 24 06</b> |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                    | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |       |           |                                        | <b>SN</b>          |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                    | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM  |       |           |                                        | <b>12 18 24 06</b> |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                 |       |           |                                        | <b>06</b>          |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |       |           |                                        | <b>SN</b>          |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                   | CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                  |       |           |                                        | <b>12 18 24 06</b> |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |       |           |                                        |                    |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |       |           |                                        |                    |
| 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                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |       |           |                                        |                    |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:</b><br>200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70<br>DLIML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                              |                                                         |       |           |                                        |                    |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTANTE<br># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.<br># SOLICITADO:<br># CONDIÇÃO: MANTIDA<br># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br># PREVISÃO DE ALTA: |                                                         |       |           |                                        |                    |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |       |           |                                        |                    |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                  | PA                                                      | FC    | FR        | Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO              |                    |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 13x8                                                    | 75    | -         | CRM-RR 2028                            |                    |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 150/96                                                  | 68    | -         | Residente de Ortopedia e Traumatologia |                    |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                 | 128/94                                                  | 72    | -         | 35.5°C                                 |                    |

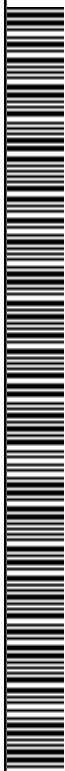
14:10 Paciente no leito m.c.p. venfudo  
SSVV sem intercorrência  
Tarde - Paciente estável. Pd. m.c.p.m + SSVV

Assinado digitalmente por  
Paulo Sergio de Souza  
CRM-RR 41927-AE

Assinado digitalmente por  
Mário Antônio C. Amorim  
Assessor de Enfermagem  
CRM-RR 191.194-RE

Plantão das 19:00h às 7:00h Paciente no leito  
Adm. MCPM. Aferido SSVV

Terezinha de Jesus P. da Silva  
COREN-PR 427910 - AE



A-60

| <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|-------|------|------------------------------------------------------------------------------------|---------------|
| <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                         | DIH   | DN   |                                                                                    |               |
| <b>PACIENTE</b> EDENILSON MENEZES                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| <b>AGNOSTICADO</b> FX DIAFISE FEMUR E                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| <b>ALERGIAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                         | HAS   | NEGA | DM2                                                                                | NEGA          |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                         | LEITO | 60   | DATA                                                                               | 23/10/2019    |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                    | PRESCRIÇÃO                                              |       |      |                                                                                    | HORÁRIO       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DIETA ORAL LIVRE                                        |       |      |                                                                                    | SN            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                       | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |       |      |                                                                                    | Atenção       |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SF 0,9% 500ML EV S/N                                    |       |      |                                                                                    | SN            |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                       | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                  |       |      |                                                                                    | (12) 18 24 06 |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                       | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   |       |      |                                                                                    | (14) 22 06    |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN |       |      |                                                                                    | > SN          |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                       | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM  |       |      |                                                                                    | 06            |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                       | OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA                                |       |      |                                                                                    | SN            |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                       | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |       |      |                                                                                    | 36 h          |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CLEXANE 40MG SC 1X DIA                                  |       |      |                                                                                    |               |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |       |      |                                                                                    | SN            |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                      | SSV + CCGG 6/6 H                                        |       |      |                                                                                    | Rotina        |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                      | CURATIVO DIÁRIO                                         |       |      |                                                                                    | curativo      |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| 21                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:</b><br>200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70<br>DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                                 |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br># ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE<br># EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.<br># SOLICITADO:<br># CONDUTA: MANTIDA<br># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:<br># PREVISÃO DE ALTA: |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PA                                                      | FC    | FR   | Dr. PEDRO DE SOUZA FAUSTO<br>CRM-RR 2028<br>Residente de Ortopedia e Traumatologia |               |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |       |      |                                                                                    |               |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         |       |      |                                                                                    |               |



## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

**RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC**

Eu Edenilson Menezes de Souza CPF nº \_\_\_\_\_

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei 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 Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.  
2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferencia para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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

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

Boa Vista, 23 de outubro de 2019.

Assinatura do paciente: Edenilson Menezes de Souza

Responsável:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

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 entendeu o que expliquei.

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

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

60

**RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE  
RETAGUARDA/HC**

DATA: 23/10/19  
PACIENTE: Edemilson Menezes DN: 1/1  
DIAGNOSTICO(S): \_\_\_\_\_

DIH: 1/1/  
KANBAM: \_\_\_\_\_ Dieta: \_\_\_\_\_  
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1/): Hb: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_\_  
Leuc: \_\_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_  
Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ca: \_\_\_\_\_ Cl: \_\_\_\_\_  
HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PH: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
EAS: \_\_\_\_\_  
CULTURAS (1/1/): \_\_\_\_\_

IMAGEM \_\_\_\_\_  
EXAMES DE TRANSFERENCIA (DATA 1/1/): Hb: \_\_\_\_\_ Ht: \_\_\_\_\_ Ur: \_\_\_\_\_ Cr: \_\_\_\_\_  
Leuc: \_\_\_\_\_ Seg: \_\_\_\_\_ Plaquetas: \_\_\_\_\_ Na: \_\_\_\_\_ K: \_\_\_\_\_ Ca: \_\_\_\_\_  
Cl: \_\_\_\_\_ HCO<sub>3</sub>: \_\_\_\_\_ PH: \_\_\_\_\_ BE: \_\_\_\_\_ PO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_ PCO<sub>2</sub>: \_\_\_\_\_  
EAS \_\_\_\_\_  
IMAGEM \_\_\_\_\_

ANTIBIÓTICO  
USADO: \_\_\_\_\_  
JUSTIFICATIVA DE  
ANTIBIÓTICO: \_\_\_\_\_  
EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS: \_\_\_\_\_

TERAPIA INSTITUÍDA: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

EVOLUÇÃO CLÍNICA:  
Paciente com fr. de análise do fígado  
apresentando necrose por falta de  
nutrição  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

Boa Vista, 27 de 10 de 20 19 Hora: \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Assistente  
Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda/HC

CRM 1

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM 1



## HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

### TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

**RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC**

Eu Edenilson Menezes de Souza CPF nº \_\_\_\_\_

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual (is) serei 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 Retaguara justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico- assistenciais de média complexidade e de curta permanência.  
2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

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

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

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

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

Boa Vista, 23 de outubro de 2019.

Assinatura do paciente: Edenilson Menezes de Souza

Responsável:

1) Assinatura: \_\_\_\_\_

Nome \_\_\_\_\_

CPF nº: \_\_\_\_\_ Grau de Parentesco: \_\_\_\_\_

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 entendeu o que expliquei.

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

Nome Completo: \_\_\_\_\_

Assinatura do Médico: \_\_\_\_\_

CRM \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_

Assinatura/carimbo do Médico Regulador



412: 21/01/20

**BLOCO D**

**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  
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE

2 - CNES  
4 - CNES

**Identificação do Paciente**  
5 - NOME DO PACIENTE  
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)  
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL  
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)  
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO  
8 - DATA DE NASCIMENTO  
9 - SEXO  
11 - TELEFONE DE CONTATO  
14 - CDD, IBGE MUNICÍPIO  
15 - UF  
16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**  
paciente submetido a observação de jejum E

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

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

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL

21 - CID 10 PRINCIPAL  
22 - CID 10 SECUNDÁRIO  
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA  
27 - CARATER DA INTERNAÇÃO  
28 - DOCUMENTO  
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE  
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO  
32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**  
33 - ( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO  
34 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TÍPICO  
35 - ( ) ACIDENTE TRABALHO TRAJETO  
36 - CNPJ DA SEGURADORA  
37 - CNPJ EMPRESA  
38 - CDD  
39 - CDD  
40 - CDD  
41 - CDD

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA  
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) INAD. SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
45 - DOCUMENTO  
46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR  
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

**AUTORIZAÇÃO**  
44 - CDD, ORGÃO EMISSOR  
48 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR  
49 - ASSINATURA E CARIMBO (MP DO REGISTRO DO CONSELHO)

401-2

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

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE EDENILSON MENEZES DE SOUZA

AGNÓSTICO FRATURA DIAFISÁRIA DE FEMUR ESQUERDO

ALERGIAS

NEGA

HAS

NEGA

DM2

NEGA

IDADE

41 ANOS

LEITO

328

DATA

18/1/2020

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE

2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO

3 SSF 500ML EV ACM

5 DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N

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

7 PLASIL 10MG EV 8/8 HORAS S/N

8 CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG

9 SSVV + CCGG 6/6 H

10

12

14

16

17

18

19

20

TRANSFERIR PACINETE PARA HGR

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:

DR MARCUS BRUNNER  
CRM 1917

DR MARCELO MARQUES  
CRM 1918

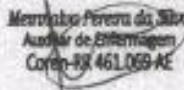
| SINAIS V | PA     | FC | FR | TEMP   |
|----------|--------|----|----|--------|
| 6 H      | 130x80 | 79 | —  | 36,4°C |
| 12 H     | 130x80 | 75 | —  | 36,4°C |
| 18 H     | 125x86 | 78 | 20 | 36,2   |
| 24 H     | 120x70 | 74 | —  | 36,7°C |



035 Paciente admitido às 15:20 procedente do  
HC/SAME. Em maca, ar ambiente, consciente,  
orientado. Realizará procedimentos cirúrgicos amanhã.

Franciele Alencar Rodrigues  
Enfermeira

401.2

| <br>GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima                                                                              |                                                          | <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b><br><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> |    |        |  | <br>HGR |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------|--|--------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                  |                                                          | DIH                                                                                                                                                  |    | DN     |  |                                                                                            |  |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                          |                                                          | EDENILSON MENEZES DE SOUSA                                                                                                                           |    |        |  | DN                                                                                         |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                       |                                                          | FX FEMUR                                                                                                                                             |    |        |  |                                                                                            |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                          |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                             |                                                          | HAS                                                                                                                                                  |    | DM2    |  |                                                                                            |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                              |                                                          | LEITO                                                                                                                                                |    | 401-2  |  | DATA 19/01/2020                                                                            |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                         |                                                                                                                                                      |    |        |  | HORÁRIO                                                                                    |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                 | AVP                                                      |                                                                                                                                                      |    |        |  | SND                                                                                        |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                 | SfO,9%500ml s/n                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  | Manuten                                                                                    |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                 |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  | SND                                                                                        |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SN                     |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                 | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                             |                                                                                                                                                      |    |        |  | SND                                                                                        |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                  |                                                                                                                                                      |    |        |  | SND                                                                                        |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                 | TRAMAL 100MG + SfO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SN |                                                                                                                                                      |    |        |  | SND                                                                                        |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                 | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N              |                                                                                                                                                      |    |        |  | SND                                                                                        |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |                                                                                                                                                      |    |        |  | SND                                                                                        |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO DIÁRIO                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  | SND                                                                                        |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                | SSVV + CCGG 6/6H                                         |                                                                                                                                                      |    |        |  | Curativo Retiro                                                                            |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
| <b>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</b> |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                           |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
|                                                                                                                                                                                                                   |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
|                                                                                                                               |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
| cirurgia 20/01/19 m                                                                                                                                                                                               |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                              |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                               | PA                                                       | FC                                                                                                                                                   | FR |        |  |                                                                                            |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                              | 125/92                                                   | 76                                                                                                                                                   |    | 35,3°C |  |                                                                                            |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                              | 118/80                                                   | 78                                                                                                                                                   |    | 35,3°C |  |                                                                                            |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                              | 100/74                                                   | 71                                                                                                                                                   |    | 34,2°C |  |                                                                                            |  |
| Afundo SSVV                                                                                                                                                                                                       |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
| 06 h PA 130/90 P.73 T 36,3°C                                                                                                                                                                                      |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
| 23 h Trocado Soro venoso gelado 18                                                                                                                                                                                |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |
|                                                                                                                               |                                                          |                                                                                                                                                      |    |        |  |                                                                                            |  |



| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F                                                 |  |                                                                                                |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| Data: 19/06/2020                                                                                                 |  | Enfermaria: 401 Leito: 8                                                                       |  |
| Nome Completo: Ednelson Menezes de Souza                                                                         |  | DN: 1/1/1                                                                                      |  |
| Hipótese Diagnóstica:                                                                                            |  |                                                                                                |  |
| Precaução: ( ) Sim ( ) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos              |  |                                                                                                |  |
| Alergia: ( ) Sim ( ) Não Qual(is): Sexo: ( ) F ( ) M                                                             |  |                                                                                                |  |
| Paciente Indígena: ( ) Não ( ) Sim Necessidade de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não Qual idioma:                       |  |                                                                                                |  |
| Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não Obs:                                                                        |  |                                                                                                |  |
| Deambulação: ( ) Normal ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Comprometida:                                       |  |                                                                                                |  |
| SISTEMA NEURÓLOGO                                                                                                |  |                                                                                                |  |
| ( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado ( ) Agitado ( ) Não Reage ( ) Alterações:                          |  |                                                                                                |  |
| PUPILAS                                                                                                          |  | REGULAÇÃO TÉRMICA                                                                              |  |
| ( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midríatica ( ) Afebril ( ) Febril ( ) Hipertérmico                            |  |                                                                                                |  |
| ( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes ( ) Alterações:                                                |  |                                                                                                |  |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO                                                                                             |  |                                                                                                |  |
| ( ) Eupnéico ( ) Bradipnéico ( ) Taquipnéico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia ( ) Aspiração       |  |                                                                                                |  |
| Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual:                                                                            |  |                                                                                                |  |
| SISTEMA CARDIOVASCULAR                                                                                           |  | REGULAÇÃO ABDOMINAL                                                                            |  |
| ( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso                     |  |                                                                                                |  |
| ( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico ( ) Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente                     |  |                                                                                                |  |
| Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:                                                                           |  | Alterações:                                                                                    |  |
| SISTEMA URINÁRIO / DIURESE                                                                                       |  | ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL                                                         |  |
| ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Uropen ( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT                              |  |                                                                                                |  |
| ( ) Anúria ( ) Oligúria ( ) Cistostomia                                                                          |  | Aceleração da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial                                               |  |
| ( ) Irrigação contínua ( ) Outros:                                                                               |  | Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colestomia                                            |  |
| Alterações:                                                                                                      |  |                                                                                                |  |
| CARACTERÍSTICAS DA PELE                                                                                          |  | Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente                                                               |  |
| ( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada ( ) Edema Local:                                                     |  |                                                                                                |  |
| ( ) Normócorada ( ) Ictérica ( ) Anictérica                                                                      |  |                                                                                                |  |
| Lesão por pressão: ( ) Sim ( ) Não Região:                                                                       |  | Risco de Lesão Sinalizado:                                                                     |  |
| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS                                                                              |  |                                                                                                |  |
| Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não Local: Data: Trocar em:                                                      |  |                                                                                                |  |
| Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:                                        |  |                                                                                                |  |
| Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não                                                           |  |                                                                                                |  |
| Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:                                                                       |  |                                                                                                |  |
| Curativos: ( ) Sim ( ) Não Local:                                                                                |  |                                                                                                |  |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                                                                        |  |                                                                                                |  |
| ( ) Deglutição Prejudicada ( ) Padrão respiratório ineficaz ( ) Risco de Lesão por Pressão                       |  |                                                                                                |  |
| ( ) Risco de infecção ( ) Ventilação espontânea prejudicada ( ) Risco de Quedas                                  |  |                                                                                                |  |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada ( ) Mobilidade física prejudicada ( ) Risco de Broncoaspiração              |  |                                                                                                |  |
| ( ) Risco de glicemia instável ( ) Risco de integridade da pele prejudicada ( ) Eliminação urinária prejudicada  |  |                                                                                                |  |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal ( ) Risco de constipação |  |                                                                                                |  |
| ( ) Volume de líquidos excessivo ( ) Padrão de sono prejudicado ( ) Comunicação deficiente                       |  |                                                                                                |  |
| ( ) Volume de líquidos deficiente ( ) Déficit no autocuidado para Higiene                                        |  |                                                                                                |  |
| Escala de Morse                                                                                                  |  | Prescrição de Cuidado Prev Quedas                                                              |  |
| 1. Histórico de Queda                                                                                            |  | 6. Estado Mental                                                                               |  |
| N3o 0 Orientado/limitado/conhece as limitações                                                                   |  | 0 ( ) Manter grades laterais elevadas                                                          |  |
| Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação                                                                  |  | 15 ( ) Identificar o risco de queda na placa de identificação                                  |  |
| 2. Diagnóstico Secundário                                                                                        |  | TOTAL:                                                                                         |  |
| N3o 0 Risco Baixo: 0 - 24                                                                                        |  | ( ) Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama                                        |  |
| Sim 15 Risco Médio: 25 - 44                                                                                      |  | ( ) Manter cama com rodas travadas                                                             |  |
| 3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado                                                                     |  | ( ) Necessidade de contenção ao leito                                                          |  |
| N3o 0 Risco Alto: Maior que 45                                                                                   |  | ( ) Manter vigilância de / / horas.                                                            |  |
| Sim 20 Sinalização do Risco:                                                                                     |  | ( ) Calçado seguro nos pés                                                                     |  |
| 4. Auxílio na Deambulação                                                                                        |  | ( ) Material de uso pessoal ao alcance da mão                                                  |  |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0                                                                                       |  |                                                                                                |  |
| Muleta/Bengala/Andador 15                                                                                        |  |                                                                                                |  |
| Mobilário Parede 30                                                                                              |  |                                                                                                |  |
| 5. Marcha/Deambulação                                                                                            |  |                                                                                                |  |
| Normal/Sem deambulação/Acamado 0                                                                                 |  |                                                                                                |  |
| Frac 10                                                                                                          |  |                                                                                                |  |
| Comprometida/Cambaleante 20                                                                                      |  |                                                                                                |  |
| Registro Geral:                                                                                                  |  | HOSPITAL GERAL DE RIBEIRÃO<br>Av. B. J. Augusto Gomes, 500<br>Nova Friburgo, RJ 24240-000      |  |
|                                                                                                                  |  | AUTENTICAÇÃO                                                                                   |  |
|                                                                                                                  |  | 20/06/2020                                                                                     |  |
| Enfermeiro Assinatura e Carimbo:                                                                                 |  | Certificação de que a presente<br>cópia é reprodução Original<br>que foi fornecida ao paciente |  |



401-2

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Extensão Membros  
de SIDA

Data: 27/01/20 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura de fêmur E. distal

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: osteosíntese de fêmur E. distal

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Elder 1º AUXILIAR: Leonardo

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

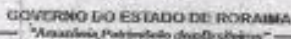
INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

Dr. Elder Soares  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 148.888/RR

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em DTH sob sedação
- 2) Anestesia e Analgesia
- 3) Colocação de campo estéril
- 4) Incisão em região lateral de coxa E. de joelho de fêmur
- 5) Redução com placa DCP longa 4,5 mm de 10 furos e 8 parafusos (4-30, 3-32, 1-34).
- 6) DME com SF 0,9% e sutura com VLM + Nylon
- 7) Curativo
- 8) Ao RPP

Dr. Augusto Cavalcante  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 148.888/RR



Polêmica sobre Menopausa e Saúde USA ASP

[illegible]

code

Copyright

SPRUE, CANGUNCA

Alberto F. M. Herren.  
Médico Anestesiólogo  
CRM 307/RH

① *Ammonia* 2g 14  
② *Ammonia* 2g 14  
③ *Ammonia* 2g 14

⑤ Póximo a mancha do PC +  
onde ocorre a Região Lombr  
na alcool 70% + Infilt. trico-  
de Plasmov + Região Lombr  
L2/L3 Aquella 16 G de B. into  
aqueles clon. n. n. n. n. n.  
⑥ Infec. da 4ª. Inf. Sot. Sot. Sot.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                                                                                 |                            |                                       |                  |                              |               |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------|---------------|
| NOME DO PACIENTE                                                                |                            | APT OU LEITO                          | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA                         |               |
| 41 anos,<br>Belomilhon menezes de souza.                                        |                            |                                       |                  | 20/01/2020                   |               |
| CIRURGIA                                                                        |                            |                                       |                  |                              |               |
| TIPO                                                                            |                            | TEMPO DE DURAÇÃO                      |                  |                              |               |
| Estomoxintex End. Amure (E)                                                     |                            | INICIO                                | FIM              | TEMPO TOTAL                  |               |
|                                                                                 |                            | 8:40                                  | 10:00            |                              |               |
| EQUIPE MÉDICA                                                                   |                            |                                       |                  |                              |               |
| CIRURGIÃO                                                                       |                            | ANESTESISTA:                          |                  |                              |               |
| Dr. Leonardo                                                                    |                            | Dr. Fabiano                           |                  |                              |               |
| 1º AUXILIAR                                                                     |                            | RES. ANESTESIA:                       |                  |                              |               |
| Dr. Elder                                                                       |                            | Dr. Emanuel                           |                  |                              |               |
| 2º AUXILIAR                                                                     |                            | INSTRUMENTADOR                        |                  |                              |               |
| Dr. Fernando                                                                    |                            | CIRCULANTE                            |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | Dr. Nilmar / Ramundo                  |                  |                              |               |
| TIPO DE ANESTESIA: Bloq. Amural + Rapu                                          |                            | TEMPO DE DURAÇÃO:                     |                  |                              |               |
| QUANT.                                                                          | MATERIAIS                  | VALOR                                 | QUANT            | MEDICAMENTOS                 | VALOR         |
| 1                                                                               | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID. |                                       | 1                | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO    | 500ml         |
| 1                                                                               | PACOTES GAZE C/20          |                                       | 1                | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO |               |
| 1                                                                               | LUVA ESTÉRIL 7.0           |                                       | 1                | FRASCOS- SORO GLICOSADO      |               |
| 1                                                                               | LUVA ESTÉRIL 7.5           |                                       | 1                | FIO VICRYL Nº 0              |               |
| 1                                                                               | LUVA ESTÉRIL 8.0           |                                       | 1                | FIO MONONYLON Nº 3.0         |               |
| 1                                                                               | LUVA ESTÉRIL 8.5           |                                       | 1                | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº    |               |
| 1                                                                               | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS     | 700                                   | 1                | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº    |               |
| 1                                                                               | LÂMINA BISTURI Nº 24       |                                       | 1                | FIO CATGUT SIMPLES Nº        |               |
| 1                                                                               | DRENO DE SUCÇÃO Nº         |                                       | 1                | FIO CATGUT CROMADO Nº        |               |
| 1                                                                               | DRENO DE TORAX Nº          |                                       | 1                | FIO PROLENE Nº               |               |
| 1                                                                               | DRENO DE PENROSE Nº        |                                       | 1                | FIO SEDA Nº                  |               |
| 1                                                                               | SERINGA 01ML               |                                       | 1                | SURGICEL                     |               |
| 1                                                                               | SERINGA 03ML               |                                       | 1                | CERA P/ OSO                  | Eléctrodo     |
| 1                                                                               | SERINGA 05 ML              |                                       | 1                | KIT CATARATA Nº              | cateter de 02 |
| 1                                                                               | SERINGA 10ML               |                                       | 1                | GEOFOAM                      |               |
| 1                                                                               | SERINGA 20ML               |                                       | 1                | FITA CARDIACA                |               |
| 1                                                                               |                            |                                       | 1                | OUTROS:                      |               |
| doxidina 300ml                                                                  |                            | doxidina 300ml                        |                  |                              |               |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                            | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE            |                  |                              | VALOR         |
| INSTRUMENTADOR(A)                                                               |                            | FR MATERIAL MEDICAMENTOS              |                  |                              |               |
| ENFERMEIRA CHEFE                                                                |                            | SUB- TOTAL                            |                  |                              |               |
| Dr. Renato                                                                      |                            |                                       |                  |                              |               |
| + Jacqueline                                                                    |                            |                                       |                  |                              |               |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS                                                            |                            | TAXA DE ANESTESIA                     |                  |                              |               |
| CIRCULANTE DE SALA                                                              |                            | SOMA                                  |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | FIO VICRYL Nº                         |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | FIO MONONYLON Nº                      |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº             |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº             |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | FIO CATGUT SIMPLES Nº                 |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | FIO CATGUT CROMADO Nº                 |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | FIO PROLENE Nº                        |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | FIO SEDA Nº                           |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | SURGICEL                              |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | CERA P/ OSO                           |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | KIT CATARATA Nº                       |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | GEOFOAM                               |                  |                              |               |
|                                                                                 |                            | FITA CARDIACA                         |                  |                              |               |



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

### CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

|                                                                        |                    |                |                   |                                           |                    |
|------------------------------------------------------------------------|--------------------|----------------|-------------------|-------------------------------------------|--------------------|
| Estabelecimento:<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                          |                    | Especialidade: |                   | Procedimento Realizado:                   |                    |
| Nome do Paciente:<br>Adenilson menezes de sause                        |                    | IDADE:<br>41   | SEXO: F ( ) M (X) | Nº do Prontuário                          | Data<br>20/01/2020 |
| Bloco:<br>D                                                            | Enfermaria:<br>401 | Leito:<br>2    | Nº da Sala<br>1V  | Circulante de Sala:<br>niliane / Raimundo |                    |
| CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:<br>Grande Fragmentos. |                    |                |                   |                                           |                    |

#### Dados dos materiais/Serviço

| Hospital Geral de Roraima (HGR) |                               | Dados Adicionais: | Marca: |
|---------------------------------|-------------------------------|-------------------|--------|
| ITEM                            | DESCRIÇÃO DO ITEM             |                   | QUANT  |
| 1                               | Placa de P. longa de 10 furos |                   | 1      |
|                                 | Parafuso vertical 4,5 x 30 0  |                   | 1      |
|                                 | Parafuso vertical 4,5 x 32 0  |                   | 1      |
|                                 | Parafuso vertical 4,5 x 34 0  |                   | 1      |

Dr. Leonardo Rabelo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RO 22.874

MÉDICO CIRURGIÃO: Dr. Leonardo

1º AUXILIAR: A. Blotter

INSTRUMENTADOR: A. Fernando R2

Empresa ( ) Nome da Empresa: SIRIUS ( ) / SINTESE ( ) / QUANTUM ( )  
ATHENA ( ) / MACON ( ) Marca:

| ITEM | DESCRIÇÃO DO ITEM | QUANT |
|------|-------------------|-------|
|      |                   |       |

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

1º VIA- PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto  
CEP 69.310-000 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Fone: (0xx93) 2121 0537  
E-mail: son.ma.horaima@hgr.com

[illegible]

|                                                                                                                                                 |  |                                                              |  |                                                                                                                                                                                                     |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| UNIAS - AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N NOVO PLANALTO Boa Vista-RR                                                                            |  | DESTINATÁRIO: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA             |  | Nº. 000.000.130<br>Série 001                                                                                                                                                                        |  |
| DATA DE RECEBIMENTO                                                                                                                             |  | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR                      |  |                                                                                                                                                                                                     |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE                                                                                                                       |  | <b>DANFE</b><br>Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica |  |                                                                                                                   |  |
| <b>QUANTUM EMPREENDIMENTOS EM SAÚDE LTDA-EPP</b><br>AV. MARIO HOMEM DE MELO, 191-A<br>CENTRO - 69301-200<br>Boa Vista - RR Fone/Fax: 9532244571 |  | 0 - ENTRADA<br>1 - SAÍDA                                     |  | CHAVE DE ACESSO<br>1419 1210 6318 9700 0105 5500 1000 0001 3014 0050 0307<br>Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e<br>www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora |  |
| TUBERZIA DA OPERAÇÃO                                                                                                                            |  | Nº. 000.000.130<br>Série 001<br>Folha 1/1                    |  | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO<br>314190003408345 - 30/12/2019 11:10:32                                                                                                                            |  |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL                                                                                                                              |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT.                         |  | CNPJ                                                                                                                                                                                                |  |
| 240161736                                                                                                                                       |  | VENDA                                                        |  | 10.631.897/0001-05                                                                                                                                                                                  |  |
| DESTINATÁRIO / REMETENTE                                                                                                                        |  | CNPJ / CPF                                                   |  | DATA DA EMISSÃO                                                                                                                                                                                     |  |
| IME / RAZÃO SOCIAL                                                                                                                              |  | 05.370.016/0001-00                                           |  | 30/12/2019                                                                                                                                                                                          |  |
| FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - FUNDES                                                                                                     |  | BAIRRO - DISTRITO                                            |  | CEP                                                                                                                                                                                                 |  |
| V. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N                                                                                                                |  | NOVO PLANALTO                                                |  | 69312-470                                                                                                                                                                                           |  |
| Boa Vista                                                                                                                                       |  | UF                                                           |  | INSCRIÇÃO ESTADUAL                                                                                                                                                                                  |  |
| RR                                                                                                                                              |  | 9521210521                                                   |  | HORA DA SAÍDA/ENTRADA                                                                                                                                                                               |  |
| VALOR DO IMPOSTO                                                                                                                                |  | V. IMP. IMPORTAÇÃO                                           |  | V. ICMS UF REMET.                                                                                                                                                                                   |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |
| 0,00                                                                                                                                            |  | 0,00                                                         |  | 0,00                                                                                                                                                                                                |  |
| VALOR DO ICMS                                                                                                                                   |  | V. ICMS UF DEST.                                             |  | V. TOT. TRIB.                                                                                                                                                                                       |  |



01 - FUNDADA INDEBILADA ABAIXO. EMISSÃO: 30/12/2019 VALOR TOTAL: R\$ 1.600,00 DESTINATÁRIO: FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA

FUNDES - AV. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N NOVO PLANALTO Boa Vista-RR

DATA DE RECEBIMENTO

IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR

Nº. 000.000.134

Série 001

IDENTIFICAÇÃO DO EMITENTE

DANFE

Documento Auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica

0 - ENTRADA

1 - SAÍDA

1

Nº. 000.000.134

Série 001

Folha 1/1



CHAVE DE ACESSO

1419 1210 6318 9700 0105 5500 1000 0901 3410 9000 0300

Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e

www.nfe.fazenda.gov.br/portal ou no site da Sefaz Autorizadora

PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO

3141900003415037 - 30/12/2019 17:15:08

QUANTUM EMPREENDIMENTOS EM SAÚDE LTDA-EPP

AV. MARIO HOMEM DE MELO, 191-A

CENTRO - 69301-200

Boa Vista - RR Fone/Fax: 9532244571

TIPO DE OPERAÇÃO

VENDA

INSCRIÇÃO ESTADUAL

240161736

INSCRIÇÃO ESTADUAL DO SUBST. TRIBUT

CNPJ

10.631.897/0001-05

DESTINATÁRIO / REMETENTE

IME / RAZÃO SOCIAL

CNPJ / CFF

DATA DA EMISSÃO

FUNDO ESTADUAL DE SAÚDE DE RORAIMA - FUNDES

05.370.016/0001-00

30/12/2019

ENDEREÇO

Bairro / Distrito

CEP

DATA DA SAÍDA/ENTRADA

V. BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, S/N

NOVO PLANALTO

69312-470

INÍCIO

UF

PONE / FAX

INSCRIÇÃO ESTADUAL

TERMA DA SAÍDA/ENTRADA

Boa Vista

RR

9521210521

VALORES DO IMPOSTO

BASE DE CÁLC. DO ICMS

VALOR DO ICMS

BASE DE CÁLC. ICMS S.T.

VALOR DO ICMS SUBST.

V. IMP. IMPORTAÇÃO

V. ICMS UF REMET

VALOR DO FCP

VALOR DO FIS

V. TOTAL PRODUTOS

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1.600,00

VALOR DO FRETE

VALOR DO SEGURO

DESCONTO

OUTRAS DESPESAS

VALOR TOTAL IPI

V. ICMS UF DEST

V. TOT. TRIB.

VALOR IPI E OFEN

V. TOTAL DA NOTA

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

0,00

1.600,00

TRANSPORTADOR / VOLUMES TRANSPORTADOS

IME / RAZÃO SOCIAL

FRETE POR CONTA

CÓDIGO ANTT

PLACA DO VEÍCULO

UF

CNPJ / CFF

DESCRIÇÃO

MUNICÍPIO

UF

INSCRIÇÃO ESTADUAL

QUANTIDADE

ESPÉCIE

MARCA

NUMERAÇÃO

PESO BRUTO

PESO LÍQUIDO

VALORES DOS PRODUTOS / SERVIÇOS

PROD. PRODUTO

DESCRIÇÃO DO PRODUTO / SERVIÇO

NOMSH

Q/CST

CFOP

UN

QUANT

VALOR UNIT

VALOR TOTAL

BASE ICMS

VALOR ICMS

VALOR IPI

ALIQ. ICMS

ALIQ. IPI

1.02.03.070-8

PARAFUSO CORTICAL Ø 4,5x34 mm MARCA ORTOSINTESE LOTE: 19006195190LN, 191006296110UN

90211020

0400

5103

UNID

100,0000

16,0000

1.600,00

0,00

0,00

0,00

VALORES ADICIONAIS

FORMAÇÕES COMPLEMENTARES

RESERVA DO FISCO

1. fls.: PROCESSO Nº 007273/19-33

2. JTA DE EMPENHO: 20601.0001.19.02604-3

3. VALORES BANCÁRIOS: BANCO DO BRASIL

4. JÊNCIA 2617-4

5. JANTA CORRENTE: 56164-9

6. PRESA OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL

emitido em 23/06/2020 às 12:01:11

Gravado em nome falso com.br

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJT5R ETC4L WYECB JQKTD



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

Nome: Ademilson Mendes de Sousa

Data de Nasc: 14 / 02 / 1978 Idade:

Termo de Consentimento Cirurgia: / / Selo: (✓)

Setor/Leito:

401-22

Setor/Leito: 401-2

Termo de Consentimento Anestesia: ( Sim ) ( ☒ ) NEN

Data: 20 / 01 / 2020

[illegible]

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



ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Edsonilton Mendes de Souza  
Responsável Cirurgião Dr. Leonardo D. Elden

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

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

RISCO CIRÚRGICO

☒ Aplica ☐ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA ☒ Não ☐ Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO ☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml ☐ Não ☒ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data: 29/06/2020 Assinatura: [Assinatura] Hora: 13h48

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista Dr. Fabiano  
Dr. W. Emanuel

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 não tem esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS. ☒ Não se aplica ☐ Sim.

Qual: Revisão 29 Hora: 8:30

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 Aplica

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 DESTE PACIENTE ☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura: [Assinatura] Hora: 12:148

Assinatura e Carimbo

401-2 m

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: \_\_\_\_\_ DN: \_\_\_\_\_

PACIENTE: Edenilson Menezes de Souza  
AGNOSTICADO: Sim  
ALERGIAS: \_\_\_\_\_  
IDADE: \_\_\_\_\_  
ITEM: \_\_\_\_\_

HAS: \_\_\_\_\_ NEGA: \_\_\_\_\_ DM2: \_\_\_\_\_  
LEITO: 401-2 DATA: 20/01/20 NEGA: \_\_\_\_\_

**PRESCRIÇÃO**

|    |                                                          | HORÁRIO |
|----|----------------------------------------------------------|---------|
| 1  | DIETA ORAL LIVRE                                         | SAD     |
| 2  | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                 | MANTER  |
| 3  | SF 0,9% 500ML EV S/N                                     |         |
| 4  | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                   |         |
| 5  | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                  |         |
| 6  | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA   |         |
| 7  | NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 |         |
| 8  | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                    |         |
| 9  | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                          |         |
| 10 | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                         |         |
| 11 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H               |         |
| 12 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |         |
| 13 | SSV + CCGG 6/6 H                                         |         |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO                                          |         |
| 15 | <u>Plavix 75mg EV 12/12h</u>                             |         |
| 16 |                                                          |         |
| 17 |                                                          |         |
| 18 |                                                          |         |
| 19 |                                                          |         |
| 20 |                                                          |         |
| 21 |                                                          |         |

Dr. Augusto Cavalcante  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1994

**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: # CONDUITA: MANTIDA  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

**SINAIS VITAIS**

|      | PA     | FC | FR |        |
|------|--------|----|----|--------|
| 6 H  |        |    |    |        |
| 12 H | 130/86 | 94 | 20 | 36°C   |
| 18 H | 134/88 | 90 | 19 | 36,2°C |
| 24 H | 120x79 | 90 | -  | 36°C   |

06/100x73 83/200 36°C 80 de O2 saturação  
Ativa femur E, estável, alinhado e em eixo, -  
4hs - Paciente queixando-se de dor intensa; admini-  
strado item 6H; segue aos cuidados de enfermeira; auxí-  
lio 39 as 04 hs. Administrado medicações e  
ferido sinais vitais de horário

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

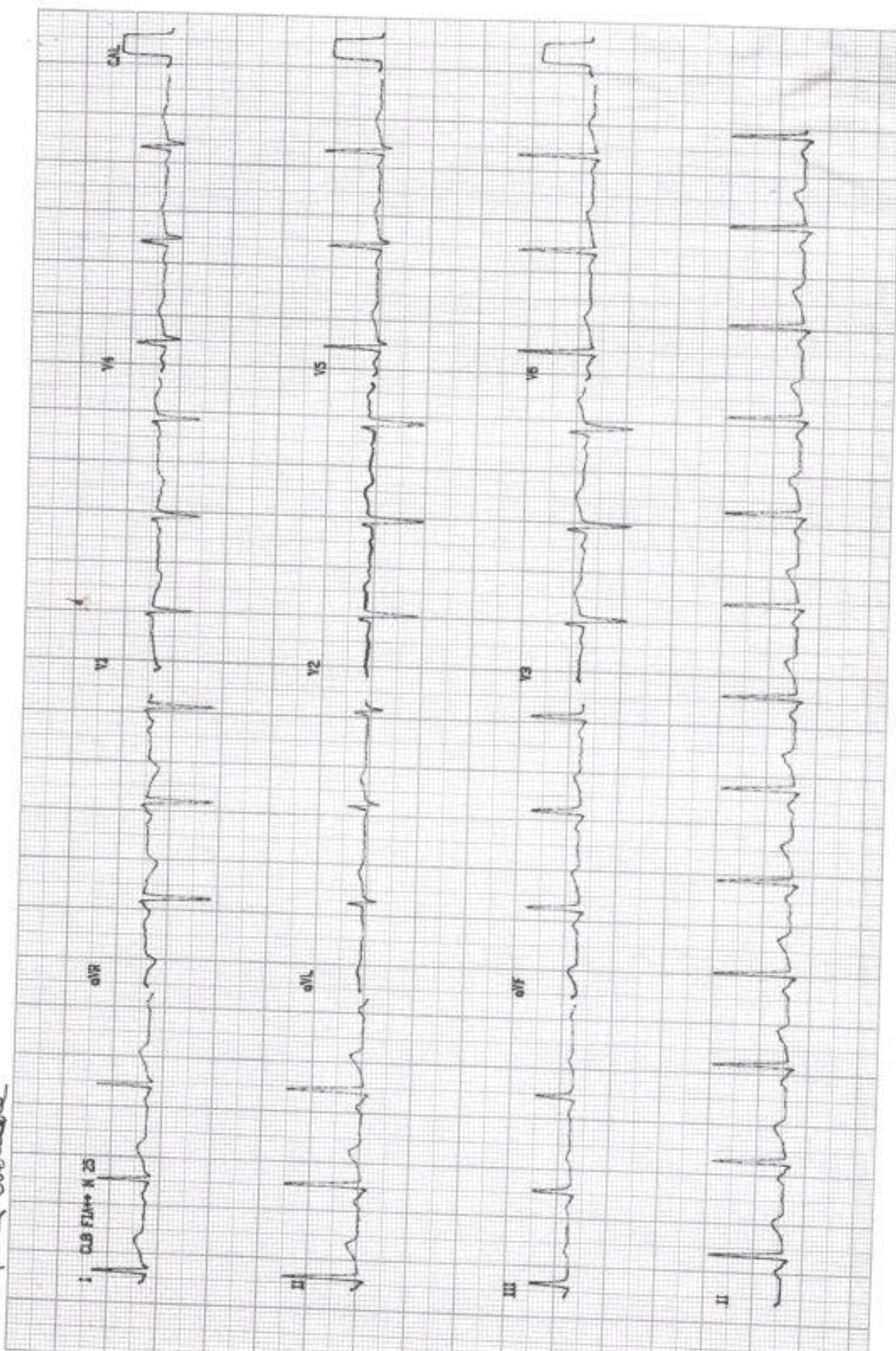
Ata de Análise de Lesões de Tronco e Membros Superiores  
Ata de Análise de Lesões de Tronco e Membros Inferiores  
CÓD. 19/2017

| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                  | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>PRESCRIÇÃO MÉDICA |            |                           |            | HCR     |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|---------------------------|------------|---------|--|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                  | DIH                                                                                                                      | 19/01/2020 | DN                        |            |         |  |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  | EDENILSON MENEZES DE SOUZA                                                                                               |            |                           |            |         |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                  | FX DE FEMUR ESQUERDO                                                                                                     |            |                           |            |         |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                  | HAS                                                                                                                      |            | DM2                       |            |         |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                  | LEITO                                                                                                                    | 401-2      | DATA                      | 21/01/2020 |         |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |                                                                                                                          |            |                           |            | HORÁRIO |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DIETA ORAL LIVRE                                                 |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | AVP                                                              |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H                                    |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TILATIL 20MG EV DE 12/12H                                        |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H                               |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                     |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                          |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                      |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG              |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SSVV + CCGG 6/6H                                                 |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI,<br>351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                                                                                                                                                           |                                                                  |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                  |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,<br>ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.<br># EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SUBMETIDO A<br>PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NA MANHÃ DO DIA 21/01/20, FO EM BOM ASPECTO, PULSOS<br>PERIFÉRICOS PALPÁVEIS.<br># PRE |                                                                  |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                  |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PA                                                               | FC                                                                                                                       | FR         | DR. AUGUSTO CAVALCANTE    |            |         |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |                                                                                                                          |            | CRM-1964 RESIDENTE EM     |            |         |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |                                                                                                                          |            | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |            |         |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                  |                                                                                                                          |            |                           |            |         |  |

| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                            |            |                                                                              |     | HER<br>Hospital Geral de Roraima |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|------------------------------------------------------------------------------|-----|----------------------------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    | DIH                                                                                                                                                                                                                 | 19/01/2020 | DN                                                                           |     |                                  |  |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    | EDENILSON MENEZES DE SOUZA                                                                                                                                                                                          |            |                                                                              |     |                                  |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |    | FX DE FEMUR ESQUERDO                                                                                                                                                                                                |            |                                                                              |     |                                  |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    | HAS                                                                                                                                                                                                                 |            |                                                                              |     |                                  |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |    | 80                                                                                                                                                                                                                  | LEITO      | 401-2                                                                        | DM2 |                                  |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    | DATA                                                                                                                                                                                                                |            |                                                                              |     | 21/01/2020                       |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                    |            |                                                                              |     | HORÁRIO                          |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | AVP                                                                                                                                                                                                                 |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H                                                                                                                                                                                       |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | TILATIL 20MG EV DE 12/12H                                                                                                                                                                                           |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H                                                                                                                                                                                   |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA                                                                                                                                                                                        |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                             |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN                                                                                                                                                     |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    | SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                         |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                                 |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    | SSVV + CCGG 6/6H                                                                                                                                                                                                    |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |    |                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                              |     |                                  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |            |                                                                              |     |                                  |  |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |    |                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                              |     |                                  |  |
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,<br>ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.<br># EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SUBMETIDO A<br>PROCEDIMENTO CIRÚRGICO NA MANHÃ DO DIA 21/01/20, FO EM BOM ASPECTO, PULSOS<br>PERIFÉRICOS PALÁVEIS.<br># PRE |    |                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                              |     |                                  |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |    |                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PA | FC                                                                                                                                                                                                                  | FR         | DR. AUGUSTO CAVALCANTE<br>CRM-1964 RESIDENTE EM<br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |     |                                  |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                              |     |                                  |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |                                                                                                                                                                                                                     |            |                                                                              |     |                                  |  |

2020 31/05/2020  
Pete. Edilson Meneses de Souza 328

Rev. Ana Cláudia





GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

Auto 328

## AVALIAÇÃO DE RISCO CIRÚRGICO

NOME: Edmilson Manoel de Sousa

IDADE: 43a

| FATORES DE RISCO                                                              | PONTOS |
|-------------------------------------------------------------------------------|--------|
| Idade acima de 70 anos                                                        | 5      |
| IAM há menos de 6 meses                                                       | 10     |
| B3 ou Estase Jugular                                                          | 11     |
| Importante Estenose Aórtica                                                   | 3      |
| eletrocardiograma:                                                            | 7      |
| - Ritmo não sinusal ou extrasístoles auriculares                              | ( )    |
| - Mais de 5 Extrasístoles ventriculares em qualquer momento antes da cirurgia | ( )    |
| Estado geral e laboratorial:                                                  | 3      |
| - $PO_2 < 60$ ou $PCO_2 > 50$                                                 | ( )    |
| - $K < 3$ mEq/L                                                               | ( )    |
| - $HCO_3 < 20$ mEq/L                                                          | ( )    |
| - Uréia $> 100$ mg/dl ou Creatinina $> 3$ mg/dl                               | ( )    |
| - AST anormal                                                                 | ( )    |
| - Paciente acamado por causa não cardíaca                                     | ( )    |
| Cirurgia Intraabdominal, Intratorácica ou Aórtica                             | 3      |
| Cirurgia de Emergência                                                        | 4      |

| CLASSE         | RISCO DE COMPLICAÇÃO | RISCO DE ÓBITO |
|----------------|----------------------|----------------|
| I (0-5pts)     | 0,7%                 | 0,2%           |
| II (6-12pts)   | 5,0%                 | 2,0%           |
| III (13-24pts) | 11%                  | 17%            |
| IV (>25pts)    | 22%                  | 56%            |

No momento, o (a) paciente apresenta risco cirúrgico GOLDMAN:

- ☒ Classe I  
☐ Classe II  
☐ Classe III  
☐ Classe IV

H.D.A.: Fract. fêmur @

Angio HRS no DM.

H.P.P.: Fract. MBE há 1a.

H.FAM.: irmã AVC aos 45a.

Tabagismo: abstêmio há 3 meses

Etilismo: φ

Exame físico: suprino

A.C.: RR 16 BNF bl. norm

PA: 130 x 80 mmHg

FC: 80 bpm

FR: 20 irpm

(24/10/19) Ex. Lab.: Hb 13,8 g/dl; Ht 43 %; Leucócitos 13440 PLT 337.000; Glic. 94

TC - TS - TAP 32° INR 1,0 Uréia 44 Creat 0,6 TGO - TGP -

Radiografia de Tórax: 14T @

hemg (31/03/2020): Hb 14,5 Ht 43,7

ECG: RS, ST @

hemg 0.070 PLT 270.000

Comentários:

ur 38 Creat 0,3

hemg TAP 33° INR 0,9

Boa Vista/RR 17/03/2020

Laís Amélia Moura de Oliveira  
Clínica Médica / Cardiologia  
CRM 1550  
Assinatura



HOSPITAL DAS CLÍNICAS

Dr. WILSON FRANCO

401-2

RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL  
GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 18/1/2020

PACIENTE: EDENILSON MENEZES DA SILVA DN: 1/1

DIAGNÓSTICO(S): Fratura da tíbia e fêmur esquerdo

DIH: 1/1

KANBAM: Dieta:

EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / / ): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas:

Na: K: Ca: Cl: Na: K: Ca:

HCO<sup>3-</sup>: PH: BE: PO<sup>2</sup>: PCO<sup>2</sup>:

EAS:

CULTURAS ( / / ):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA / / ): Hb: Ht: Ur: Cr:

Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:

Cl: HCO<sup>3-</sup>: PH: BE: PO<sup>2</sup>: PCO<sup>2</sup>:

EAS:

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Paciente c/ cirurgia realizada  
para dia 20/01/2020 fratura de  
fêmur (F). Solicita revisão  
SANGUE

Boa Vista, 18 de Janeiro de 2020. Hora: 10:00

Dr. Marcelo Marques

Médico

CRM 1918/RR

CRM 191-18

Assinatura/carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico Assistente  
Marcelo Marques  
CRM 1918/RR

CRM 94420

EXAMES  
ANEXOS





|                                    |                 |                  |               |
|------------------------------------|-----------------|------------------|---------------|
| Paciente: <b>Edenilson Menezes</b> | Sexo: Masculino | Nasc: 14/02/1978 | Idade: 41 ANO |
| Solicitação: 70012880              | Número Interno: | Solicitante:     |               |
| Origem: HC                         | Setor: BLOCO 3B | Leito: 332       |               |
| Data de Emissão: 24/10/2019 21:07  | Recebimento:    |                  |               |

**Resultado de Exame**

Amostra: 7001289001

**COAGULOGRAMA COMPLETO**

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

|                                         | Resultado | Referência      |
|-----------------------------------------|-----------|-----------------|
| TEMPO DE PROTROMBINA                    | 12,4 seg  | 10.0 - 14.0 seg |
| RNI                                     | 1,03      | 0.8 - 1.2       |
| TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA | 35,0 seg  | 25.0 - 39.0 seg |
| RATIO                                   | -         | 0.0 - 1.25      |
| ATIVIDADE DE PROTROMBINA                | 91,9 %    | 70.0 - 100.0 %  |

**Notas**

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

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

  
Valdislene Lima Braga  
Farmacêutica/Bioquímica  
CRF/RR 438

Responsável Técnico: Rosemíriam Izabel Moscato - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

17/01/2020 08:02

(\*) Retificado  
Página 1 de 1



|                                    |                 |                  |               |
|------------------------------------|-----------------|------------------|---------------|
| Paciente: <b>Edenilson Menezes</b> | Sexo: Masculino | Nasc: 14/02/1978 | Idade: 41 ANO |
| Solicitação: 70012890              | Número Interno: | Solicitante:     |               |
| Origem: HC                         | Setor: BLOCO 3B | Leito: 332       |               |
| Data de Emissão: 24/10/2019 21:07  | Recebimento:    |                  |               |

#### Resultado de Exame

Amostra: 7001289002

#### DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

Resultado

Referência

CREATININA

0,60 mg/dL

Sem Referência

#### Notas

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

#### DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

Resultado

Referência

URÉIA

44,03 mg/dL

15,0 - 40,0 mg/dL

  
Valdirene Lima Braga  
Farmacêutica/Bioquímica  
CRF/RR 436

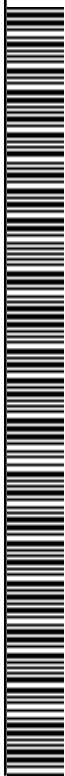
Responsável Técnico: Rosemariam Isabel Moscato - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245/00

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

17/01/2020 08:02

(\*) Retificado

Página 1 de 1





|                                    |                  |                  |               |
|------------------------------------|------------------|------------------|---------------|
| Paciente: <b>Edenilson Menezes</b> | Sexo: Masculino  | Nasc: 14/02/1978 | Idade: 41 ANO |
| Solicitação: 70012890              | Número Interno:  | Solicitante:     |               |
| Origem: HC                         | Sector: BLOCO 3B | Leito: 332       |               |
| Data de Emissão: 24/10/2019 21:07  | Recebimento:     |                  |               |

#### Resultado de Exame

Amostra: 7001289003

### HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

#### LEUCOGRAMA

|             | Resultado                  | Referência                      |
|-------------|----------------------------|---------------------------------|
| LEUCÓCITOS  | 13,44 x10 <sup>9</sup> /uL | 4.0 - 10.0 x10 <sup>9</sup> /uL |
| NEUTRÓFILOS | 77,00 %                    | 50.0 - 70.0 %                   |
| LINFÓCITOS  | 15,70 %                    | 20.0 - 40.0 %                   |
| MONÓCITOS   | 5,00 %                     | 3.0 - 12.0 %                    |
| EOSINÓFILOS | 2,00 %                     | 0.5 - 5.0 %                     |
| ASÓFILOS    | 0,30 %                     | 0.0 - 1.0 %                     |

#### ERITROGRAMA

|             |                           |                                  |
|-------------|---------------------------|----------------------------------|
| ERITRÓCITOS | 4,55 x10 <sup>6</sup> /uL | 4.32 - 5.52 x10 <sup>6</sup> /uL |
| HEMOGLOBINA | 13,80 g/dL                | 13.5 - 18.0 g/dL                 |
| HEMATÓCRITO | 41,00 %                   | 40.0 - 50.0 %                    |
| VCM         | 90,10 ug/L                | 87.0 - 103.0 ug/L                |
| HCM         | 30,30 pg                  | 27.0 - 34.0 pg                   |
| CHCM        | 33,70 g/dL                | 32.0 - 37.0 g/dL                 |
| RDW CV      | 11,20 %                   | 11.0 - 16.0 %                    |
| RDW SD      | 42,30 fL                  | 35.0 - 56.0 fL                   |

#### PLAQUETOGRAMA

|           |                             |                                    |
|-----------|-----------------------------|------------------------------------|
| PLAQUETAS | 337,00 x10 <sup>3</sup> /uL | 150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /uL |
| VPM       | 7,80 fL                     | 6.5 - 12.0 fL                      |
| ADP       | 15,70                       | 9.0 - 17.0                         |
| PCT       | 0,263 %                     | 1.08 - 2.82 %                      |

  
Valdislene Lima Braga  
Farmacêutica/Bioquímica  
CRF/RR 436

Responsável Técnico: Rosemiriam Izabel Moscati - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 24509  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

17/01/2020 08:02

(\*) Retificado  
Página: 1 de 1





Paciente: **Edmilson Menezes De Sousa** Sexo: Masculino Nasc: 14/02/1978 Idade: 41 ANO  
Solicitação: 70015402 Número Interno: Solicitante: DR MARCUS BRUNNER CRM-RR 1917  
Origem: HC Setor: BLOCO 3B Leito: 328  
Data de Emissão: 15/01/2020 22:19 Recebimento:

**Resultado de Exame**

Amostra: 7001540203

**HEMOGRAMA COMPLETO**

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M25 - Automatizado (bc-5380)

**LEUCOGRAMA**

|             | Resultado                 | Referência                      |
|-------------|---------------------------|---------------------------------|
| LEUCÓCITOS  | 8,07 x10 <sup>3</sup> /uL | 4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /uL |
| NEUTRÓFILOS | 56,70 %                   | 50.0 - 70.0 %                   |
| LINFÓCITOS  | 31,10 %                   | 20.0 - 40.0 %                   |
| MONÓCITOS   | 7,90 %                    | 3.0 - 12.0 %                    |
| EOSINÓFILOS | 4,20 %                    | 0.5 - 5.0 %                     |
| BASÓFILOS   | 0,10 %                    | 0.0 - 1.0 %                     |

**ERITROGRAMA**

|             |                           |                                  |
|-------------|---------------------------|----------------------------------|
| ERITRÓCITOS | 4,77 x10 <sup>6</sup> /uL | 4.32 - 5.52 x10 <sup>6</sup> /uL |
| HEMOGLOBINA | 14,50 g/dL                | 13.5 - 18.0 g/dL                 |
| HEMATÓCRITO | 42,70 %                   | 40.0 - 50.0 %                    |
| VCM         | 89,60 ug/L                | 87.0 - 103.0 ug/L                |
| HCM         | 30,40 pg                  | 27.0 - 34.0 pg                   |
| CHCM        | 33,90 g/dL                | 32.0 - 37.0 g/dL                 |
| RDW CV      | 11,20 %                   | 11.0 - 16.0 %                    |
| RDW SD      | 42,00 fL                  | 35.0 - 56.0 fL                   |

**PLAQUETOGRAMA**

|           |                             |                                    |
|-----------|-----------------------------|------------------------------------|
| PLAQUETAS | 270,00 x10 <sup>3</sup> /uL | 150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /uL |
| VPM       | 8,00 fL                     | 6.5 - 12.0 fL                      |
| ADP       | 15,80                       | 9.0 - 17.0                         |
| PCT       | 0,216 %                     | 1.08 - 2.82 %                      |

Oslei Mota de Araujo  
Farmacêutico Bioquímico  
CRF-RR 324

Responsável Técnico: Rosemariam Izabel Moutado - Farmacêutica Bioquímica - CRF - RR 245/09  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

17/01/2020 12:27

(\*) Retificado  
Página 3 de 1





|                                            |                 |                                            |                 |
|--------------------------------------------|-----------------|--------------------------------------------|-----------------|
| Paciente: <b>Edmilson Menezes De Sousa</b> | Sexo: Masculino | Nasc: 14/02/1978                           | Idade: 41 (ANO) |
| Solicitação: 70015402                      | Número Interno: | Solicitante: DR MARCUS BRUNNER CRM-RR 1917 |                 |
| Origem: HC                                 | Setor: BLOCO 3B | Leito: 328                                 |                 |
| Data de Emissão: 15/01/2020 22:19          | Recebimento:    |                                            |                 |

#### Resultado de Exame

Amostra: 7001540202

#### DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcalino

CREATININA

Resultado

0,30 mg/dL

Referência

Sem Referência

#### Notas

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

#### DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado

94,50 mg/dL

Referência

60,0 - 99,0 mg/dL

#### DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Resultado

38,60 mg/dL

Referência

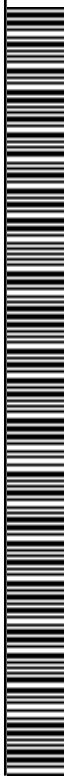
15,0 - 40,0 mg/dL

Valdiane Lima Braga  
Farmacêutica/Bioquímica  
CRF/RR 436

Responsável Técnico: Rosângela Izabel Mota - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 24509  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

17/01/2020 12:27

(\*) Retificado  
Página: 1 de 1





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Edemilson Nerys 41 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 20/01/20  
DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur E, COM  
NO DIA 20/01/20 FOR REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
OPERADO PELO DR. Leonardo E DR. Eloir SENDO  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 21/01/20 ÀS 8 horas EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 21/01/20 ÀS 3 horas, COM O  
DR. Leonardo E Eloir

ORIENTAÇÕES GERAIS :

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

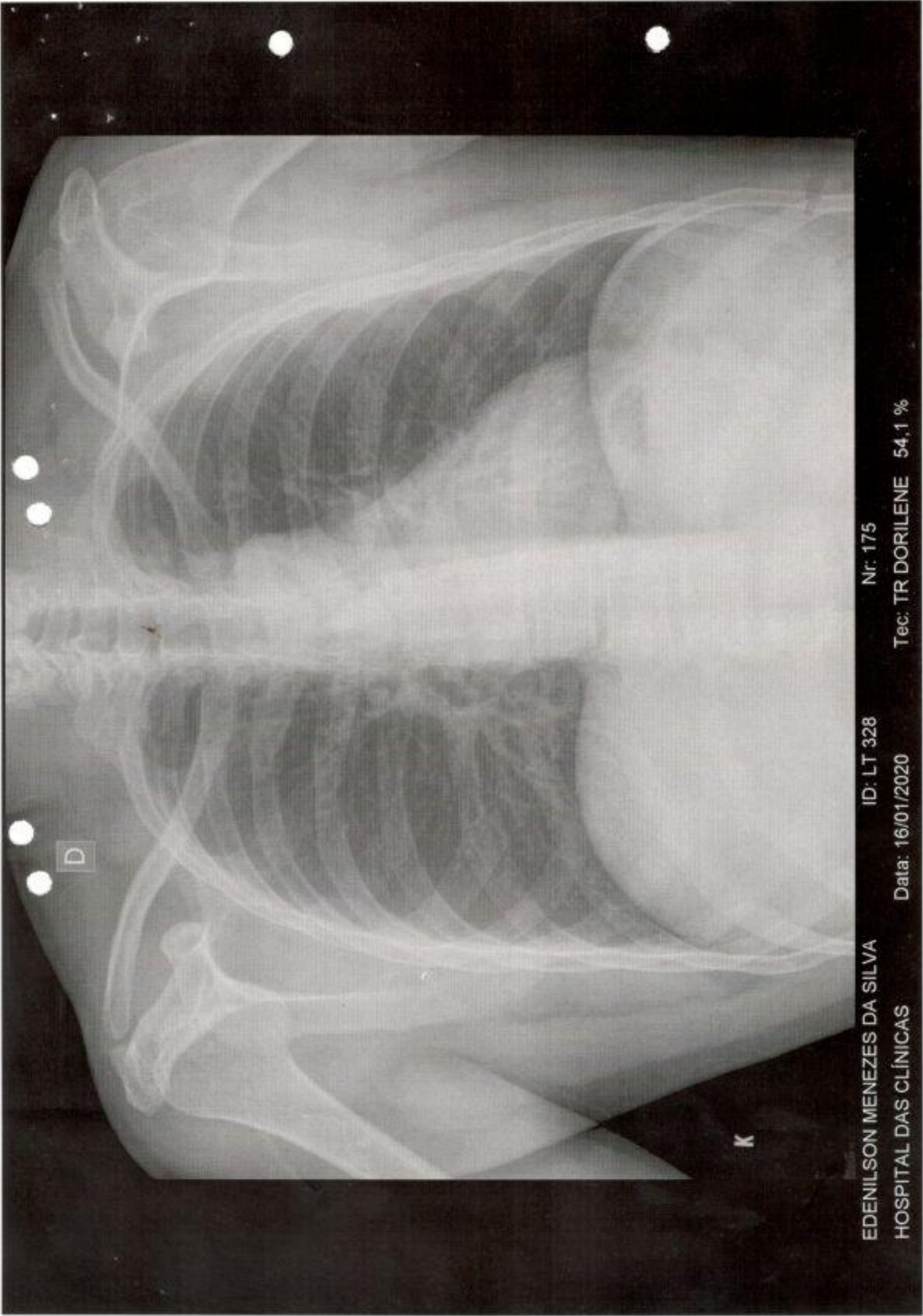
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Leonardo

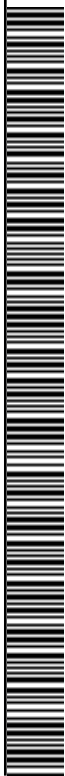
BOA VISTA, 1 / 1 / 1

MÉDICO











# PMRR - 2BPM

## RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 068759

|                                       |               |                     |                  |                           |                  |                  |                |
|---------------------------------------|---------------|---------------------|------------------|---------------------------|------------------|------------------|----------------|
| Vtr<br>679                            | SUCp<br>2ºBPM | Data<br>23/10/2019  | S/Setor<br>OESTE | H/Transm<br>-----         | H/Ini<br>15:53   | H/Fim<br>15:53   | H/Fir<br>16:10 |
| Cód. Oc.<br><b>Retificação de ROP</b> |               | Cód. Prov.<br>----- |                  | Cód. Ser. Prest.<br>----- | Km/Ini<br>290264 | Km/Fim<br>290269 |                |

### LOCAL DE OCORRÊNCIA

End: **RETIFICAÇÃO DO ROP 068757**

Bairro: -----

Refe.: -----

### PESSOAS RELACIONADAS

|                  |             |              |                 |
|------------------|-------------|--------------|-----------------|
| 1                | Nome: ----- | Idade: ----- | E. Civil: ----- |
| Endereço: -----  |             |              |                 |
| Edt. R.G         | -----       | Tel          | -----           |
| Profissão: ----- |             | -----        |                 |
| 2                | Nome: ----- | Idade: ----- | E. Civil: ----- |
| Endereço: -----  |             |              |                 |
| Edt. R.G         | -----       | CNH          | -----           |
| Profissão: ----- |             | -----        |                 |
| 3                | Nome: ----- | Idade: ----- | E. Civil: ----- |
| Endereço: -----  |             |              |                 |
| Edt. R.G         | -----       | CNH          | -----           |
| Profissão: ----- |             | -----        |                 |
| 4                | Nome: ----- | Idade: ----- | E. Civil: ----- |
| Endereço: -----  |             |              |                 |
| Edt. R.G         | -----       | CNH          | -----           |
| Profissão: ----- |             | -----        |                 |

### AVARIA DO VEÍCULO

RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S): -----

ASSINATURA: 

CARGO

*APC*

LOCAL

*5º DP*

### HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado(a) do 5ºDP:

Venho informar que **onde se lê** no item1 do ROP 068757: **ADENILSON MENEZES DE SOUZA: leia-se EDENILSON MENEZES DE SOUSA.** Segue-se anexo cópia do ROP 068757.

  
JANELE LIMA COSTA

40188-9  
CADASTRO

1º SGT QEPPM  
Posto/Graduação

2ºBPM  
SUOp

RELATOR

**POLÍCIA MILITAR - RR**  
CPC-P2-P3  
**CONFERE COM ORIGINAL**  
DATA 12/11/19  
F. *[Handwritten]*  
Det. Amaral dos Santos  
Func. Civil PM/RR  
Matr 044005222

|                              |                          |                                              |                          |
|------------------------------|--------------------------|----------------------------------------------|--------------------------|
| Continuação da Ocorrência Nº |                          | Do dia                                       |                          |
| <b>ABALROAMENTO</b>          |                          | <b>ATROPELAMENTO</b><br>(Situação da Vítima) |                          |
| Longitudinal                 | <input type="checkbox"/> | Parada                                       | <input type="checkbox"/> |
| Transversal                  | <input type="checkbox"/> | Andando                                      | <input type="checkbox"/> |
| Capotamento                  | <input type="checkbox"/> | Correndo                                     | <input type="checkbox"/> |
| Tombamento                   | <input type="checkbox"/> | <b>COLISÃO</b>                               |                          |
| Outros                       | <input type="checkbox"/> | Frontal                                      | <input type="checkbox"/> |
|                              |                          | <b>CHOQUE</b>                                |                          |
|                              |                          | Potes ou Árvore                              | <input type="checkbox"/> |
|                              |                          | Muro                                         | <input type="checkbox"/> |
|                              |                          | Casa                                         | <input type="checkbox"/> |
|                              |                          | Veículo Parado                               | <input type="checkbox"/> |
|                              |                          | Traseiro                                     | <input type="checkbox"/> |
|                              |                          | <b>TIPO DE PAVIMENTO</b>                     |                          |
|                              |                          | Terra                                        | <input type="checkbox"/> |
|                              |                          | Areia                                        | <input type="checkbox"/> |
|                              |                          | Paralelepípedo                               | <input type="checkbox"/> |
|                              |                          | Cascalho                                     | <input type="checkbox"/> |
|                              |                          | Asfalto                                      | <input type="checkbox"/> |

Anexo I

Transf: 23/10/19

**NIR**

**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 \_\_\_\_\_

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE \_\_\_\_\_

4 - CNES \_\_\_\_\_

**Identificação do Paciente**

5 - NOME DO PACIENTE Edsonilton Menezes de Sousa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO 176046

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700300785900980

8 - DATA DE NASCIMENTO 15/12/78

9 - SEXO M

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Marcilei Menezes de Sousa

11 - TELEFONE DE CONTATO 915 919 1590025

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua - CC 26 319 Sen. Hélio Campos

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Boa Vista

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 140010

15 - UF RR

16 - CEP 69318125

**JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO**

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS  
paciente alcoolizado, vítima de acidente com muito traumatismo fechado em fêmur E. distúrbio

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO  
1º Acidente

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)  
Rx + exame fmr

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL fx fêmur E. dist.

21 - CID 10 PRINCIPAL \_\_\_\_\_

22 - CID 10 SECUNDÁRIO \_\_\_\_\_

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS \_\_\_\_\_

**PROCEDIMENTO SOLICITADO**

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Internação

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO \_\_\_\_\_

26 - CENICA \_\_\_\_\_

27 - CAETER DA INTERNAÇÃO \_\_\_\_\_

28 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Jonathan

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 11/10/19

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

**PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)**

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 - Cód. Cargo Emissor \_\_\_\_\_

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0308010019

46 - DOCUMENTO ( ) CNS ( ) CPF \_\_\_\_\_

47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR \_\_\_\_\_

48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 9/10/19

49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) \_\_\_\_\_

5773 T068 V099

1760

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |                                                         |      |      |          |         |
|--------------------------------------|---------------------------------------------------------|------|------|----------|---------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |                                                         |      |      |          |         |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |                                                         |      |      |          |         |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                    |                                                         |      |      |          |         |
| DATA DE ADMISSÃO                     |                                                         | DIH  | DN   |          |         |
| PACIENTE                             | Eduilson Mendes de Souza                                |      |      |          |         |
| AGNÓSTICO                            | 12/10/19                                                |      |      |          |         |
| ALERGIAS                             | HAS                                                     | NEGA | DM2  | NEGA     |         |
| IDADE                                | LEITO                                                   |      | DATA | 12/10/19 |         |
| ITEM                                 | PRESCRIÇÃO                                              |      |      |          | HORÁRIO |
| 1                                    | DIETA ORAL LIVRE                                        |      |      |          | 5:00    |
| 2                                    | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                |      |      |          | manhã   |
| 3                                    | SF 0,9% 500ML EV S/N                                    |      |      |          | 12      |
| 4                                    | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                  |      |      |          | 12h 12  |
| 5                                    | OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA                                 |      |      |          | 12      |
| 6                                    | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA   |      |      |          | 12      |
| 7                                    | NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4 |      |      |          | 12      |
| 8                                    | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h                   |      |      |          | 12      |
| 9                                    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                         |      |      |          | 12      |
| 10                                   | CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H                        |      |      |          | 12      |
| 11                                   | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H              |      |      |          | 12      |
| 12                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG     |      |      |          | 12      |
| 13                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                       |      |      |          | 12      |
| 14                                   | CURATIVO DIÁRIO                                         |      |      |          | 12      |
| 15                                   | Tilidil 20mg EV de 12/12h                               |      |      |          | 12      |
| 16                                   | Dexam 40mg X 12 dias                                    |      |      |          | 12      |
| 17                                   |                                                         |      |      |          |         |
| 18                                   |                                                         |      |      |          |         |
| 19                                   |                                                         |      |      |          |         |
| 20                                   |                                                         |      |      |          |         |
| 21                                   |                                                         |      |      |          |         |

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

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

Dr. *[Assinatura]*  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1104

| SINAIS VITAIS |       |    |    |
|---------------|-------|----|----|
| 6 H           | PA    | FC | FR |
| 12 H          |       |    |    |
| 18 H          |       |    |    |
| 24 H          | 10x61 | 78 | 34 |

MEDICO RESIDENTE  
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

22:30 PA 98x61  
FC 78

**NIR**  
Regulado  
para leito  
32A 60  
Regulação Interna 22:20

1.º DEZ. 2019  
Centro de Ortopedia e Traumatologia  
R. 14, Edifício 110, 110-00000

por beneficiário

VÍTIMA EDENILSON MENEZES DE SOUSA  
DOBERTURA Invalidez  
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PED  
INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A  
BENEFICIÁRIO EDENILSON MENEZES DE SOUS  
CPF/CNPJ: 79571980234

sição em 18-05-2020 09:57:11

pedido de indenização está em fase final  
seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o paga  
indenização será liberado.

Por gentileza, volte a consultar seu process  
de 4 dias.

Data do  
Pagamento

Valor da  
Indenização

Juros  
Corre

19/05/2020

R\$ 2.362,50

R\$ 0,0