



Pelo presente instrumento particular de mandato por mim abaixo assinado:

OUTORGANTE: **ALMIR QUEIROZ NETO**, brasileiro, solteiro, inscrito no CPF sob o nº. 794.015.112-68, portador do RG nº. 168.569 SESP/RR, residente e domiciliado à Rua Santa Catarina, nº. 255 – Bairro dos Estados, Boa Vista/RR, CEP 69.305-580, constituo e nomeio os bastantes procuradores:

OUTORGADOS: **EDUARDO FERREIRA BARBOSA SOCIEDADE INDIVIDUAL DE ADVOCACIA**, inscrita na **OAB** sob o nº 133, advogado **EDUARDO FERREIRA BARBOSA**, brasileiro, casado, inscrito na **OAB** sob nº 854, com escritório profissional localizado à Rua Maria Rodrigues dos Santos, nº. 2591 – Bairro Tancredo Neves, CEP 69.313-529 – Boa Vista-RR.

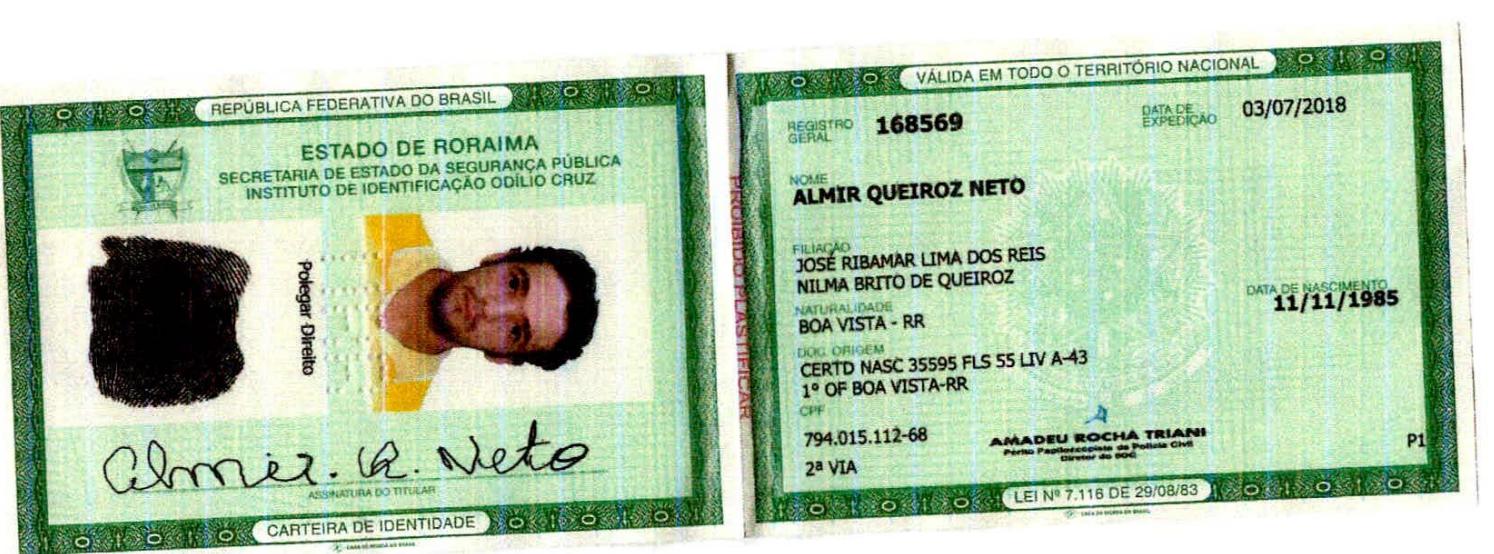
OBJETO: Representar o(a) Outorgante, promovendo a defesa dos seus direitos e interesses, podendo, para tanto, propor quaisquer ações, medidas incidentais, acompanhar os processos administrativos e/ou judiciais em qualquer Juízo, Instância, Tribunal, ou Repartição Pública.

PODERES: Por este instrumento particular de procuração, constituo meu bastante procurador o outorgado, concedendo-lhe os poderes inerentes da cláusula ***ad iudicia et extra***, para o foro em geral, podendo, portanto, promover quaisquer medidas judiciais ou administrativas, assinar termo, oferecer defesa, direta ou indireta, interpor recursos, ajuizar ações e conduzir os respectivos processos, solicitar, providenciar e ter acesso a documentos de qualquer natureza, podendo substabelecer este a outrem, com ou sem reserva de poderes, dando tudo por bom e valioso, a fim de praticar todos os demais atos necessários ao fiel desempenho deste mandato.

PODERES ESPECÍFICOS: A presente procuração outorga ao Advogado Outorgado acima descrito, os poderes especiais para receber citação, confessar, reconhecer a procedência do pedido, transigir, desistir, renunciar ao direito sobre que se funda a ação, firmar compromissos ou acordos, receber valores, receber e dar quitação, levantar ou receber RPV e ALVARÁS, pedir a justiça gratuita e assinar declaração de hipossuficiência econômica, em conformidade com a norma do art. 105 da Lei 13.105/2015.

Boa Vista-RR, 14 de setembro de 2018.

ALMIR QUEIROZ NETO
CPF Nº. 794.015.112-68





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

Rio de Janeiro, 17 de Junho de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3200190070 **Vítima: ALMIR QUEIROZ NETO**

Data do Acidente: 07/02/2020 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: EDUARDO FERREIRA BARBOSA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), ALMIR QUEIROZ NETO

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

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: ALMIR QUEIROZ NETO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 104

Agência: 000000653

Conta: 0000032870-0

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009999/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 06/03/2020 10:34 Data/Hora Fim: 06/03/2020 11:05
Delegado de Polícia: Eric Silva Pereira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 07/02/2020 11:30

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Jóquei Clube
Logradouro: RUA SILVER COM RUA GUANABARA

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1727: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA - ABALROAMENTO	Não Houve

EN VOLVIDO(S)

Nome Civil: ALMIR QUEIROZ NETO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 11/11/1985 Idade: 34 anos
Naturalidade:RR - Boa Vista Profissão: Autônomo Escolaridade: Ensino Médio Completo
Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Nilma Brito de Queiroz Nome do Pai: José Ribamar Lima dos Reis

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 168.569
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 794.015.112-68

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua: João Arthur de Lima Nº: 571
Bairro: Alvorada
Telefone: (95) 98103-3046 (Celular)

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (EN VOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Idade:

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) EN VOLVIDO(S)

Grupo	Veículo	Subgrupo	Motocicleta/Motoneta
CPF/CNPJ do Proprietário	794.015.112-68	Placa	NAO3192
Renavam	01079024457	Número do Motor	KC22E0G123857
Número do Chassi	9C2KC2200GR123879	Ano/Modelo Fabricação	2016/2016
Cor	VERMELHA	UF Veículo	Roraima
Município	Veículo Boa Vista	Marca/Modelo	HONDA/CG 160 FAN ESDI



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 009999/2020

Modelo HONDA/CG 160 FAN ESDI

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 06/08/2019

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Almir Queiroz Neto

Proprietário

RELATO/HISTÓRICO

O COMUNICANTE, NÃO HABILITADO, COMPARCEU NESTA ESPECIALIZADA PARA RELATAR QUE NO DIA, HORA E LOCAL ACIMA DESCritos, CONDUZIA A MOTOCICLETA SUPRACITADA PELA RUA SILVER SENTIDO > RUA CORCET NEGRO, QUANDO NO CRUZAMENTO COM A RUA GUANABARA, UM VEÍCULO PICK-UP ESTRADA PRATA, QUE NÃO DIZER A PLACA, CRUZOU A SUA FRENTE, VINDO O COMUNICANTE A ABALROAR NA LATERAL DIREITA TRASEIRA DO REFERIDO VEÍCULO; QUE O CONDUTOR DO VEÍCULO SE EVADIU DO LOCAL SEM PRESTAR SOCORRO; QUE NÃO POSSUI NENHUMA INFORMAÇÃO QUE POSSA LEVAR A IDENTIFICAÇÃO DO CONDUTOR DO VEÍCULO ENVOLVIDO; QUE FOI SOCORRIDO AO HOSPITAL PELO SAMU; QUE COM O ACIDENTE FRATUROU A TÍBIA E A FÍBULA DA Perna DIREITA. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. QUE NÃO DESEJA REPRESENTAR CRIMINALMENTE.
É O RELATO.

ASSINATURAS

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

Almir Queiroz Neto
(Comunicante / Vítima)

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



07/02/2020

Guia de Atendimento 11

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

1ª Classificação Reclassificação

Reclassificação
 Vermelho
 Laranja
 Amarelo
 Verde
 Azul Ass.

Reclassificação

- Vermelho
- Laranja
- Amarelo
- Verde
- Azul Ass.:

2001218074	07/02/2020 23:39:30	FICHA DE ATENDIMENTO - TRAUMATOLOGIA					NOTURNO 19-14	
Paciente		Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário		
ALMIR QUEIROZ NETO		11/11/1985	34 A 2 M 26 D	700701978785877	79401511268			
TIpo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade	
IDENTIDADE	168569	SSP-RR	02/05/2001	M	SOLTEIRO(A)	PARD	BRASILEIRA	
Mãe								
NILMA BRITO DE QUEIROZ								
Endereço								
RUA: JOSE QUEIROZ 2058 - BURITIS - BOA VISTA - RR								
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal			
Móvel do Atendimento	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE							
ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Tempo	Peso	Pressão		
URGÊNCIA								
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol:					Registrado por:	
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL	Alcool/maconha 172					ALEXANDRO PEREIR	
Quais exs. Principais	<input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Febril <input checked="" type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Suspeita de Dengue							
<i>Febre 38,5°C</i> <input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Febril <input checked="" type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Suspeita de Dengue <i>Febre 38,5°C</i> <input checked="" type="checkbox"/> Síndrome Febril <input checked="" type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input checked="" type="checkbox"/> Suspeita de Dengue								
Anamnese de Enfermagem	DATA DE ATENDIMENTO	DATA ATENDIMENTO	DATA ATENDIMENTO	GSC	TOTAL			
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456				
Anamnese - (HORA DA CONSULTA)								
Paciente: <i>trazido pelo SAMU</i> vítima de colisão motociclo motociclo há 40min. Negou perda de consciência e sonhos. Referindo dor e dor perna D. mega alergia								
Exame Físico:								
A: Paciente bracido pelo SAMU em posição rígida, portando calça cervical. Vias aéreas pernas. B: Expansibilidade simétrica. Sat 98%. C: sem evidências de sangramento ativo. FC: 85. D: glássario 55. E: imobilizações em tala em perna direita.								
Hipótese Diagnóstica								
<i>Fratura perna D</i>								
SADT - Exames Complementares								
<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> TC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS								
PRESCRIÇÃO					APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO		
1) Diprospan 2g EV 2) Tenoxicam 40mg EV 3) Solicita radiografia de perna, tornozelo, fêmur 4) Analgésicos: otorreia 5) S. Ringer 500ml IV					NOITE DIA DE MANHÃ Av. Br. Eduardo Gómez, SAN Novo Horizonte - 61451-21-0620 AUTENTICAÇÃO <i>3 MAIO 2020</i>			
Conduta								
<input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica								
<input type="checkbox"/> Alta a Pedido								
<input type="checkbox"/> Alta e Réveilla								
<input type="checkbox"/> Transferência para:								
Óbito								
Autoria de 19. Atendido por: A. M. Q. N.								

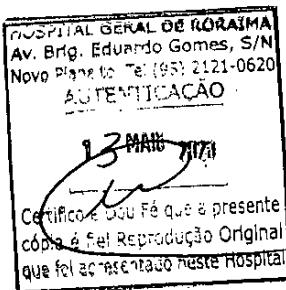
Assinatura do Receptor - Padrão

Círculo e Assinatura do Médico

Impresso por: alexsandro.pereira
Data Hora: 07/02/2020 23:40:44

1000

Gen Pelle
Painel plástico de cintura feito de
Eduardo Ferreira em fibra
e fibra. Ele deu em
julho de 2018. Dr. deu
e fez plástico em TPE D
anterior a Escolas em
julho - para
Philippe Russo em D
pol. a/s pt julho 2018 fe D
em final de mês fevereiro de 2019
sem riscos de vel compactamento
affi com setor jns b. l. jns
orientar pelo jns



16/03/2020

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

110-3

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 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		2 - CNES 231965-9			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		4 - CNES 231965-9			
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE ALMIR QUEIROZ NETO		6 - N.º DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 700701978785877		8 - DATA DE NASCIMENTO 11/11/1985		9 - SEXO 1 - Masculino	
11 - NOME DA MÃE NILMA BRITO DE QUEIROZ		10 - RAÇA / COR PARDA		10,1 - ETNIA	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL ALMIR QUEIROZ NETO		12 - TELEFONE DE CONTATO (95) 98126-1498			
15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO) RUA: JOAO ARTUR DE LIMA - 571 -- ALVORADA		14 - TELEFONE DE CONTATO (95) 98126-1498			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO - UF 140010 - RR		19 - CEP 69.309-207	

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL		24 - CID 10 PRINCIPAL	25 - CID 10 SECUNDÁRIO	26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO		
29 - CLÍNICA CIRURGIA GERAL		30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO ELETIVO	31 - DOCUMENTO	32 - N.º DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE			34 - DATA DA SOLICITAÇÃO 16/03/2020	35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)	

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)					
36 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE DE TRÂNSITO		39 - CNPJ DA SEGURADORA		40 - N.º DO BILHETE	41 - SÉRIE
37 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TÍPICO		42 - CNPJ DA EMPRESA		43 - CNAE DA EMPRESA	44 - CBOR
38 - <input type="checkbox"/> ACIDENTE TRABALHO TRAJETO					
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		<input type="checkbox"/> EMPREGADO	<input type="checkbox"/> EMPREGADOR	<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO	<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO
				<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO	<input type="checkbox"/> APOSENTADO
				<input type="checkbox"/> APOSENTADO	<input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO		
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		47 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR
48 - DOCUMENTO <input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF		49 - N.º DOCUMENTO (CCNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)
52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 17/09/20

O.S.

Almir Queiroz Neto

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Frat de ossos da perna

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteosíntese

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

CRONÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIAO: Jonathan

1º auxiliar: Mar. Paracat

2º auxiliar:

INSTRUMENTADORA:

3º auxiliar:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS: Evelyn

ANESTÉSICO:

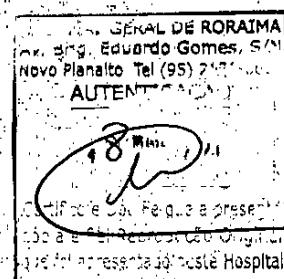
INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pele em DMT sob anestesia
- 2) Antissepsie + Asepsia
- 3) Incisão avesso lateral na perna
- 4) Dissecção pl/ flaco
- 5) Reducao do foco fracturário
- 6) Instalação de placa DPT - furos + parafusos corticais
- 7) IMC cl/ f/ost.
- 8) Sutura pl/ flaco



Dr. Juberthias C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1258 TEC/14222

CRM 1258

Jonathan Lopes



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

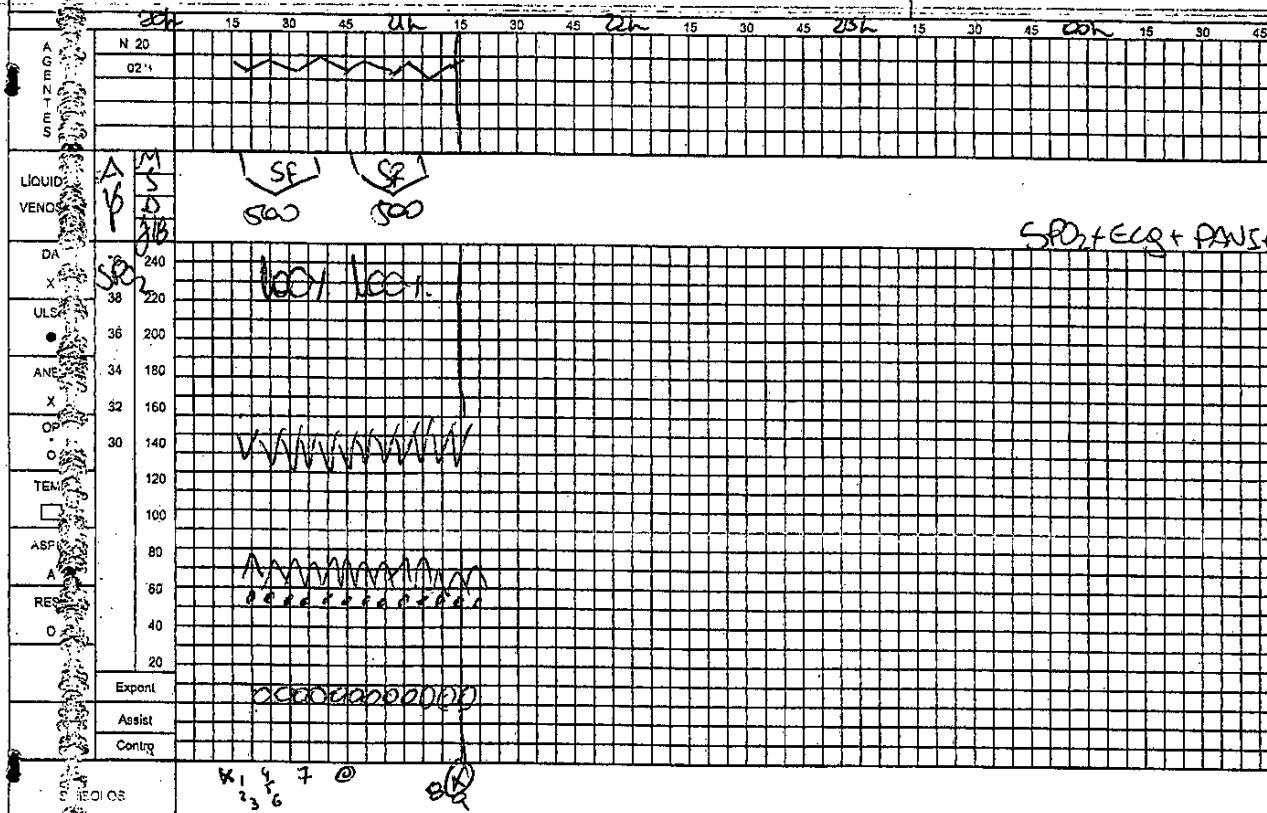
FICHA DE ANESTESIA

Alvin Sutinor N#40, 342

PRESCRIÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

1

ELETIVA



AGENTE	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A BUPNACINA 0,5% 15mg		3. Ragião nasofaringe com 1a. lha de Quemado N° 20g, ondas L3-L4, com parox. medias, Simples, sob Vmit. hcp ESFORTADA.	X Monitorização + check HST
B Fentanil 100ug			1. Oferta de O ₂ em CN
C Nitrazolam			2. 5 colheres: Fentanil 100ug Nitrazolam 5ug
D			
E			
F			
G			
GLICO	LÍQUIDOS	Cámla - Naso / Oro Faringea Naso / Orotraqueal - Cega	3. Preoperatório com Agente A
ND/CD		Bal - Temp - Calibre do Tubo	4. Cefotaxime 2g IV
SANGUE		Scb Máscara	5. Despertador long IV
		Dificuldade Técnica	6. Ronoflum 4mg IV
SF 0,9% 10000			7. Início do Somat
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL 10000		00:00	
OPERAÇÃO			
		- Osteossíntese de fratura aberta	Laringo - Espasmo - Excesso Seco Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito
ANESTE			Hemorragia - Arritmia Brad Taquicardia - Choque
	REGN2	CÓDIGO CIBURGIAO Dr. Victor Pimentel	PERDA SANGUÍNEA

Dr. Charles K. Peacock

CÓDIGO CIRURGIÃO

3. which do you like

~~Dra. Evelyn Fernández~~
~~Anestesiologista~~
~~CABIBP 1424~~

Dr Jonathan

HOSPITAL GERAL DA RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto. Tel (95) 2121-0620

Certifico e Peço Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

PRÉ-ANESTÉSICO

DN 11.11.85

Nome:	Almin Quenoz Neto			Enf:	A 110	Leito:	03	Serv:	Urgente
Sexo:	mas	cor:	pd	Idade:	34	Peso:	68	Alt:	
Diagn. Pré-OP:	Fratura de Tibia e Fibula com deslocamento de metade da tibia em 07/02			Classe:		Data:	17/03/20	Hora:	10:00 - 11:00 A Segunda
Clr. Proposta:	Ultrassomática de fratura de tibia e fibula (1)			Patrol/Assoc:	Amorim				SIC
Anest. Ant:	sem anestesia prévias								
Alergia:	desconhecida								
Alcool:				Fuma:					
DROGAS:	(Corticóide, fenotiazinico, hipotensor, narcotrófico, hipotônico, digitálico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfato, casopressor, IMAO, outros) n/a 2 WSO								
Estado Mental:	LOTE			Boca:	Molhado				
Pescoco:	bom			mobilitade:	livre	flexão:	total	Velas:	total
RX:				e latência:					
Fases:									
Hepatograma:									
Outros:									
Parecer Clínico:									
PA:	Pulso:				Temperatura:				
Medicação Pré - Anl.				DOSE	VIA	HORA			

Est. Fis (ASA) I AN. Proposta bloco

NB: *Mirissa Pinto*
Médico Anestesiologista
CRM/RR - 308
Assinatura

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO	NA ENFERMARIA
<p>Data: / / Hora: / /</p> <p>08/03/2020 13:02 TAP 11:90</p> <p>RNI 0.73</p> <p>TTPA 24"</p> <p>17/03/2020 23:00</p> <p>Escola de Alentejo 79.117 do SRS</p> <p><i>Carlos Alberto Jr.</i> Residente Anestesiologia CRM-RR 2080</p>	<p>Data: / / Hora: / /</p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p></p> <p>Assinatura</p>



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
Almir Almeida Neto			17/10/2020

CIRURGIA

TIPO

TEMPO DE DURAÇÃO

INÍCIO

FIM

TEMPO TOTAL

Osteossíntese de Fratura de íibia (D)	00:20	21:20	
--	-------	-------	--

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr. Euclino
DR. Jonathan	RES. ANESTESIA:	

1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR
DR. Vitor Rondon	Yank

2º AUXILIAR	CIRCULANTE
	Tatá ANestetista

PO DE ANESTESIA:	ROQUE	TEMPO DE DURAÇÃO:
------------------	-------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
10	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	500ml.
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 120/115			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
				OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Erika e Aline	MATERIAL MEDICAMENTOS	
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	MATERIAL MEDICAMENTOS TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA FIES/PROJUDI/CALCULOS DE 10/09/2020 AV. Brig. Eduardo Gomes, S/N Novo Pianalto Tel (65) 2121-0620 AUTENTICAÇÃO ENVIE ESTE FORMULARIO A CONTABILIDADE 18 MAI 2020 Certifico Dado Falso que a presente cópia é falso reprodução Original que foi apresentado neste Hospital	SUB- TOTAL TAXA DE SALA SOMA ENVIE ESTE FORMULARIO A CONTABILIDADE 18 MAI 2020 Certifico Dado Falso que a presente cópia é falso reprodução Original que foi apresentado neste Hospital



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS					
Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	Especialidade:		Procedimento Realizado:		
Nome do Paciente: <i>Almer Quirino Neto</i>	IDADE: <i>34</i>	SEXO: F <input checked="" type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	Nº do Prontuário	Data <i>17/03/2020</i>	
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala <i>03</i>	Circulante de Sala: <i>Taletta e Anelita</i>	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					

Dados dos materiais/Service

MÉDICO CIRURGÃO: Dr. Tonáthar

1º AUXILIAR: the other person

INSTRUMENTADOR:

Yant

1ÉDICO CIRUGIÃO

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR

VIA-PRONTUARIO DO PACIENTE

CPME/CME

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



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

Nome: Almir Aulerio Neto

Data de Nasc: 31/11/1985 Idade: 34 Setor/Leito: A/ 1103

Data: 17.08.2020

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO		INTRA-OPERATÓRIO					SRPA								
Cirurgia Proposta:		Entrada na Sala	Inicio da Anestesia	Inicio da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais						
Assento fratura tibia (D)		20:10	20:15	20:20	21:30	21:35	Raque	Intervent. Fratura Tibia (D)	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR
1. Informações:		Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento	Localização	0'	-	58	97x50	99	09	0/10	
Jejum () Sim () Não		Osteomítez de Fratura Tibia (D)		Raque.		Décubito Dorsal	1. Sonda Curativo	15'							
Prótese () Sim (X) Não		Hidratação Infundida		Antibioticoterapia		Hemoderivados	2. Dreno	30'							
Exames () Sim () Não		SF 0,9%: 1000 ml.		Nome: Cláudia		CH:	3. Acesso venoso	45'							
Reserva UTI () Sim (X) Não		SG 5%:		Dose: 20		Plasma:	5. Outros:	1h							
Lateraldade () Sim () Não		Outros:		Hora: 20:15		Plaquetas:		01:30 h							
PNE () Sim (X) Não		Nº de Compressas oferecidas: 11		Exames na SO:		AnáATOMO Patológico:		2 h							
Alergia () Sim (X) Não		Nº de Compressas recolhidas: 11		() Ht () Hb () Hemograma (X) RX		() Não		Observações:							
Qual: _____		() Gasometria		() Outros:		() Sim									
Reserva de Hemoderivado:		() Sim (X) Não				Nº Peças: _____									
Outros:						() Cultura									
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:						() Outros: _____									
() Deambulando															
() Consciente															
() Com Suporte de O2															
() TOT															
() Agitado															
3. Sinais Vitais:															
T	_____ °C														
R	_____ rpm														
FC	72 bpm														
PA	102 x 79 mmhg														
SAT	100 %														
() Regular () Irregular															
4. Anotações (Admissão do Paciente):															
Inadmissível na cirurgia por edema tibial (D) nega alergia e sintomas comuns da idade.															
20:32															
11. TOT () Não () Sim N° _____															
12. SVD () Não () Sim N° _____															
13. Outros: _____															
Sinais Vitais: Saída da SO															
T	12,8 °C	R	1862 rpm	PA	102 x 62 mmhg	SAT	100 %	FC	76 bpm						
() Regular (X) Irregular															
Destino: () SRPA () UTI () outros: _____															
ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)															
21:35 Paciente admitido na SRPA, em P02 de Intervent. Fratura Tibia (D) sob efeito de norepinefrina (dopamina) 100mcg/min, colchão de O2, beirada lateralmente, ventila F = 0 com 100% de O2, coluna limpa e seca. Entrada de 1000ml de SBF e glicose 5% no bloco A (116-3). Enfermeira _____.															

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

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO E CHECAGEM
(<input checked="" type="checkbox"/>) Risco de Queda Prevenir queda	(<input checked="" type="checkbox"/>) Manter grades elevada na RPA	
(<input type="checkbox"/>) Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	(<input type="checkbox"/>) Monitor nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutição na RPA	<u>manter</u>
(<input checked="" type="checkbox"/>) Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	(<input checked="" type="checkbox"/>) Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos (<input checked="" type="checkbox"/>) Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)	<u>Observar</u>
(<input type="checkbox"/>) Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	(<input type="checkbox"/>) Monitorar temperatura e comunicar alterações (<input type="checkbox"/>) Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	
(<input type="checkbox"/>) Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	(<input type="checkbox"/>) Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) (<input type="checkbox"/>) Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	(<input checked="" type="checkbox"/>) Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações (<input checked="" type="checkbox"/>) Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções	<u>Observar</u>
(<input checked="" type="checkbox"/>) Mobilidade Física prejudicada	(<input checked="" type="checkbox"/>) Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Dor aguda Controle da dor e promover conforto	(<input checked="" type="checkbox"/>) Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) (<input checked="" type="checkbox"/>) Administrar medicação conforme prescrição médica	
(<input type="checkbox"/>) Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	(<input type="checkbox"/>) Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar (<input type="checkbox"/>) Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Náuseas Controle / Ausência de náusea	(<input checked="" type="checkbox"/>) Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas (<input checked="" type="checkbox"/>) Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	<u>Observar</u>
(<input checked="" type="checkbox"/>) Ansiedade Controle de ansiedade	(<input checked="" type="checkbox"/>) Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Confusão Aguda / Crônica	(<input checked="" type="checkbox"/>) Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
(<input checked="" type="checkbox"/>) Comunicação Verbal prejudicada	(<input checked="" type="checkbox"/>) Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório	<u>orientar</u>

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM

Admitida na SO 03 para procedimento eletivo Osteomíse fixa na tibia (D). Submetida a Radiometria cinética sem intercorrências. O procedimento paciente segue a SRPA

Aline J.S. Oliveira
Enfermeira
COREN-RR 526537-ENF

Responsável:





LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA	
ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA	
Nome <u>Aline Aquino Neto</u> Responsável Cirúrgio <u>D. Jonathan</u>	
ENTRADA	(Sala Pré Anestésica)
PACIENTE CONFIRMOU:	
<input checked="" type="checkbox"/> Identidade <input checked="" type="checkbox"/> Sítio Cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento Consentimento <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
RISCO CIRÚRGICO	
<input type="checkbox"/> Aplica <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica	
SÍTIO DEMARCADO	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se Aplica	
VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA	
OXÍMETRTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO	
O PACIENTE POSSUI: ALERGIA CONHECIDA <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, Qual: _____	
VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e equipamento/assistência disponíveis	
RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml	
<input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos	
<u>Carlos Alberto Jr.</u> Residente Anestesiologista CRM-FR 2030	
Assinatura <u>17/03/2020</u> Hora: _____	
ANTES DA INCISÃO	
Anestesista <u>Dr. Evelyn</u>	
PAUSA CIRÚRGICA	(Sala Operatória)
CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:	
<input checked="" type="checkbox"/> Identificação do paciente <input checked="" type="checkbox"/> Sítio cirúrgico <input checked="" type="checkbox"/> Procedimento	
EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:	
(i) REVISÃO DO CIRURGIÃO: Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da operação e perda sanguínea prevista.	
(ii) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Há alguma preocupação específica em relação ao paciente	
(iii) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.	
A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.	
<input type="checkbox"/> Não se aplica <input checked="" type="checkbox"/> Sim, Qual: <u>Ceftriaxona 2g</u> Hora: <u>20:20</u>	
AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.	
<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> 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 <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplicam	
3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input checked="" type="checkbox"/> Não se Aplica	
SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO	
<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
(iv) CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não se Aplica	
<u>Aline J. S. Oliveira</u> Enfermeira COREN-RR 526.537 ENT	
Assinatura e Carimbo	



110-03

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

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

Evolução médica:

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

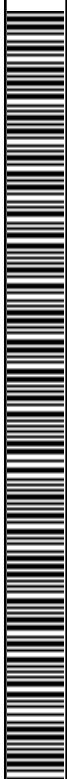
0h:00	130/80	74	26	36,8°C
SINAIS VITais				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	160/80	63	19	36,3°C
18 H				
24 H	160/80	68	20	36,5°C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Referiu dor intensa que não melhorou com dipirona e fez TRAMAL 05/06.
VPS: Em ob:00 a farmácia não disponibilizou o
item 06/06. *Antônio Juscelino Araújo Pativa*
Assistente de Enfermagem
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 326.247

Residência de Souza Araújo
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000 461 072

VISS. As 08.00 da mui 28/08/20, o paciente no leito medicado com
Um intercorrência sinal aos cuidados de enfermagem
José de Souza
Auxiliar de Enfermagem
COREN-RR 000 461 072



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Kmir	NE	
AGNÓSTICO			
ALERGIAS		HAS	NEGA
IDADE		LEITO	DM2
ÍTEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIÁ		
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA (sistemática)		
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	SSVV + CCGG 6/6 H		
14	CURATIVO DIÁRIO		
15			
16			
17			
18			
19			
20			
21			

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

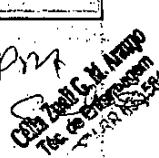
Evolução médica:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

110-3

 <small>GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima</small>	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA																																		
	DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/03/2020	DN																														
	PACIENTE		Almir Queiroz Neto																																
	DIAGNÓSTICO		FX de tibia e fibula D																																
ALERGIAS		HAS	DM2																																
IDADE		LEITO	110-3	DATA	17/03/2020																														
ITEM		HORÁRIO																																	
1	DIETA ORAL ZERO	S/12																																	
2	AVP	14/20/06																																	
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H	12/12/20/06																																	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AG DIA	26/06																																	
5	PLASIL10MG EV 8/8H S/N	26/06																																	
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN	26/06																																	
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	26/06																																	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	26/06																																	
9	TILATIL 20MG EV 12/12H	22/06																																	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	18/20/06																																	
12	CURATIVO	02																																	
13	SSVV + CCGG 6/6H	02																																	
14	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:																																			
<p>#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.</p> <p># EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS .</p>																																			
<p>06:00 130x80 74 26 36,8°C</p> <table border="1"> <tr> <td colspan="4">SINAIS VITais</td> <td colspan="2">LOAMIR DA SILVA MIANA MÉDICO CONSELHEIRO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2019 RR</td> </tr> <tr> <td>6 H</td> <td>PA</td> <td>FC</td> <td>FR</td> <td colspan="2"></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>120x80</td> <td>60</td> <td>16</td> <td colspan="2">36,6°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>120x75</td> <td>78</td> <td>16</td> <td colspan="2">35,9°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>110x60</td> <td>68</td> <td>20</td> <td colspan="2">36,1°C</td> </tr> </table>						SINAIS VITais				LOAMIR DA SILVA MIANA MÉDICO CONSELHEIRO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2019 RR		6 H	PA	FC	FR			12 H	120x80	60	16	36,6°C		18 H	120x75	78	16	35,9°C		24 H	110x60	68	20	36,1°C	
SINAIS VITais				LOAMIR DA SILVA MIANA MÉDICO CONSELHEIRO ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2019 RR																															
6 H	PA	FC	FR																																
12 H	120x80	60	16	36,6°C																															
18 H	120x75	78	16	35,9°C																															
24 H	110x60	68	20	36,1°C																															

12:00h: feito ssvu, admo - asma - cpm
Realizado AUS. m. SD. peso 18. 
Fazendo
USCRIBO 55W
SDR - medicos op-
feto os cuidados 66/03

Centro de Melhor Saneamento
COREN RR 232.369.1F

 GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
	SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
	SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
	PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	16/03/2020	DN	11/11/1985
PACIENTE	ALMIR QUEIROZ NETO				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA OSSOS DA Perna DIREITA				
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	34	LEITO	110-3	DATA	17/03/2020
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				
7	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	TILATIL 20MG EV 12/12H				
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				
12	CURATIVO				
13	SSVV + CCGG 6/6H				
14	ALTA HOSPITALAR				
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS. PACIENTE JÁ REALIZOU PROCEDIMENTO CIRÚRGICO 17/03.

SINAIS VITAIS				 LAEL DOS SANTOS DA SILVA MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM 2015 RR
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				



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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE ALMIN DUEMOZ NETO 34 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 16/03/2020 COM
DIAGNÓSTICO DE FRAVURA DE TIBIA DIREITA

NO DIA 17/03/2020, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRURGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSÍNTSESE DE FX DE TIBIA (D) SENDO

OPERADO PELO DR. JONATHAN E DR. VITOR PANACAT

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18/03/2020, AS 11h, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

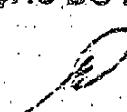
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 1/1, AS EM 02 SEMANAS, COM O
DR. JONATHAN.

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. VITOR MONTANEGRO

BOA VISTA, 18/03/2020


MÉDICO

D. Laci da Silveira
CRM-RR 2015