



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, 06 de Setembro de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200303293

Vítima: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

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

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

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

Graduação: Em grau médio 50%

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

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

Recebedor: **MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA**

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

Banco: **001**

Agência: **000004263-3**

Conta: **000010031714-6**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Pag. 01139/01140 - carta_30 - INVALIDEZ



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: PJ8YV 8BV4J 3J9UR BLQYK

PROCURAÇÃO

Eu, Maria Antonia Felix de Sousa, brasileiro (a), casado, do lar, portador (a) da cédula de identidade RG nº 16.622.1, inscrito (a) no CPF sob o nº 629.003.902-49, residente e domiciliado (a) na Vila de Sahal Guedes, nº 16, Bairro União, CEP 69.313-770, telefone nº 99143-7967 Boa Vista-RR, por este instrumento particular de procuração, nomeia, o Advogado **WALLYSON BARBOSA MOURA**, brasileiro, solteiro, inscrito na OAB-RR, sob o número 1616, com escritório à Avenida Sabá Cunha, nº 1479, Jardim Caranã, CEP 69.313-725, Boa Vista, Roraima. fone: (95) 3625-7709 e 99153-7838, para Através do presente instrumento particular de mandato, O **OUTORGANTE** nomeia e constitui como seu procurador o **OUTORGADO**, concedendo-lhe amplos poderes, inerentes ao bom e fiel cumprimento deste mandato, bem como para o foro em geral, conforme estabelece no artigo 38 do Código de Processo Civil, e os especiais para transigir, fazer acordo, firmar compromisso, substabelecer, renunciar, desistir, reconhecer a procedência do pedido, receber intimações, receber e dar quitações, praticar todos os atos perante repartições públicas Federais, Estaduais e Municipais, e órgãos da administração pública direta e indireta, praticar quaisquer atos perante particulares ou empresas privadas, recorrer a quaisquer instâncias e tribunais, podendo atuar em conjunto ou separadamente, dando tudo por bom e valioso, **com fim específico para ação judicial de cobrança de seguro DPVAT em face da SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT.**

Boa Vista/RR, 09 de dezembro de 2020.

Maria Antonia Felix de Sousa
OUTORGANTE.

3

REGISTRO GERAL 166221

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

DATA DE EXPEDIÇÃO 01/07/2016

NOBRE MARIA ANTONIA FÉLIX DE SOUSA

FILIAÇÃO JOSÉ RAIMUNDO FÉLIX
MARIA FERREIRA FÉLIX

NATURALIDADE SANTA INÊS - MA

Doc. de Ident. CERTIDÃO CAS 459 FLS 159 LIV 8-2
MUCAJAI - RR

DATA DE NASCIMENTO 10/08/1974

CPF 629.003.902-49

2 VIA

MARCELO ROCHA TRIANI
Diretor de Registro Civil

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

P 1





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00041889/2018-A02

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 24/10/2018 11:51:09 Data/Hora Fim: 24/10/2018 11:51:09
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM Nº 809802 SÉRIE I Data: 24/10/2018
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

DADOS DA OCORRÊNCIA

Unidade de Apuração: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 24/10/2018 06:40 (Hora Aproximada)

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Bairro: Caraná
Logradouro: Av. Carlos Pereira de Melo
Complemento: esquina com Rua SDPM Dnago da Silva
Tipo do Local: Via Pública

Natureza

Meio(s) Empregado(s)

1222: HOMICÍDIO CULPOSO NA DIREÇÃO DE VEÍCULO AUTOMOTOR (ART. Não Houve
302 DA LEI 9.503/1997 - CTB)

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: WESLEY DENNER SANTOS DE SOUZA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 26

Estado Civil: União Estável

Documento(s)

RG: 3397831

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Armando Nogueira
Bairro: Asa Branca

Nº: 2450

Nome Civil: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Profissão: Do Lar

Estado Civil: Casado(a)

Documento(s)

RG: 166221

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Av. Rui Baraúna
Bairro: união

Nome Civil: JOSÉ BARROSO DE SOUSA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 52

Estado Civil: Casado(a)



Impresso por: Jefferson Inacio Araujo

Data de Impressão: 18/06/2020 10:32:26

Página 1 de 3

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 00041889/2018-A02

Documento(s)

RG: 82099

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Hilda Sobral Guedes
Bairro: União

Nº: 16

Nome Civil: OTAVIO MIGUEL SANTOS DE FARIAS (TESTEMUNHA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Documento(s)

RG: 459323

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Austria
Bairro: Cauamê

Nº: 375

Razão Social: ROP/PM Nº 809802 SÉRIE I (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O ROP/PM informa que estavam em patrulhamento de rotina quando deparam-se com um acidente de trânsito no endereço acima citado. Que foram informados que **WESLEY DENNER (CNH nº 05888593280)** que conduzia o **Chevrolet Corsa Super de cor cinza, placas JWN-6421** e trafegava na Av. CARLOS PEREIRA DE MELO sentido CENTRO>BAIRRO quando na rotatória com a RUA SD PM DJANGO DA SILVA houve o abalroamento com a motocicleta **Honda NXR BROS de cor vermelha e placa NAV-8638**, que era conduzido por **JOSE BARROSO DE SOUSA (CNH nº 02336102934)** e tinha a Srª **MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA** como passageira, e trafegava na RUA DJANGO DA SILVA sentido BAIRRO TANCREDO NEVES. Informa ainda que o SAMU foi acionado e fez atendimento no Srº **JOSE**, e após varias tentativas de RCP, foi atestado o óbito do mesmo. Que a Srª **MARIA** foi removida ao PSE/HGR em estado grave. Que o local foi isolado e acionado a Perícia do IC-PCRR, que foi realizado pela equipe do Perito **LISANDRO**. Que após o corpo da vítima, Srº **JOSE**, foi removido pelo IML. No local foi oferecido à **WESLEY DENNER** o teste do etilômetro, tendo em vista que o mesmo apresenta sinais/sintomas de estar sob influencia de álcool (odor de álcool, olhos vermelhos, dispersão), **sendo recusado**, onde foi necessário confeccionar Termo de Constatação de Sinais de Alteração da Capacidade Psicomotora T151 Nº 002035 e auto de infração A157 Nº012317. Que os veículos estavam com o licenciamento em atraso, porém, foram liberados no local devido a falta de meios para a remoção. Sendo que o Chevrolet Corsa ficou na responsabilidade do Srº **WENDER PHAULER SANTOS DE SOUZA, CNH:04591600404**, e a motocicleta Honda Bros ficou na responsabilidade do sobrinho da vítima o Srº **THIAGO FELIPPE FELIX SOUZA, CNH:04940584613**. Que foi realizado os procedimentos administrativos. Por fim, informa que, diante dos fatos acima expostos, foi dada voz de prisão à **WESLEY DENNER SANTOS DE SOUZA** e conduzido à esta delegacia para as providencias cabíveis. Era o que tinha a informar.



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

BOLETIM DE Ocorrência

Nº: 00041889/2018-A02

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Agente de Polícia
Matrícula 042000925
Responsável pelo Atendimento

Maria Antonia Felix de Sousa
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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



[illegible]

11/2016 : Círculo - fcl
Trabalho acadêmico e
futura prática
Humberto Liconiote e
Carvalho, fcl no seu livro. Ab
da fcl no seu livro
one pela
TC : / Arquivo de fcl no
Carvalho.
Lição de Círculo - fcl

Dr. José Roberto
Moura de Carvalho e Paschoa
CRM-PR-1117
11/17

13551



26/01/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

Ata 20111

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 DE SAÚDE SOLICITANTE _____ 2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE _____ 4 - CNES _____

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE Maria Antônia Felix de Souza 6 - N° DO PRONTUÁRIO 169995

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____ 8 - DATA DE NASCIMENTO 08/10/74 9 - SEXO _____

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Maria Ferreira Felix 11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) Rua Rilda Seral Guedes 16, unimed

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Braço 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 212 15 - UF _____ 16 - CEP _____

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Artrite reumatoide em punho E e
Artrite reumatoide

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Artrite reumatoide em punho E e

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

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Artrite reumatoide em punho E e 21 - CID 10 PRINCIPAL 5857 22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____ 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Tratamento cirúrgico de punho reumatoide 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 040602051

26 - DATA _____ 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____ 28 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Wallyson Barbosa Moura 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 24/10/18 32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Wallyson Barbosa Moura

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO _____ 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO _____ 35 - CNPJ DA SEGURADORA _____ 36 - CNPJ EMPRESA _____ 37 - N° DO BILHETE _____ 38 - SÉRIE _____

39 - CNPJ EMPRESA _____ 40 - CNAE DA EMPRESA _____ 41 - CBOR _____

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____ 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR _____ 45 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____ 46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 24/10/18 48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) Wallyson Barbosa Moura

49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR 0406020515 50 - SÉRIE 5857



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 24/10/18 O.S. _____

Plano Anterior Esquerdo

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura vascular, fechada - n.º 18
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Reparo de punção de membro
TIPO DE INTERVENÇÃO: Exploração total de n.º 18
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

QUIRURGIÃO: Thiago Vieira 1º AUXILIAR: Dr. Henrique
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: Local
ANESTESISTAS: R. Costa ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Punção de n.º 18 - procedimento cirúrgico
- 2) Punção de n.º 18 - procedimento cirúrgico
- 3) Realização de punção de n.º 18 - procedimento cirúrgico
- 4) Punção de n.º 18 - procedimento cirúrgico
- 5) Punção de n.º 18 - procedimento cirúrgico



	Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO			10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
11 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF			16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
<i>Acedente Transiente com Jenuneiro Extense Perce e e Exposição O5309</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
<i>QIAURGIA</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<i>Rx</i>				
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				
<i>Rx Esposta III - 11/11/11</i>				
21 - CID 10 PRINCIPAL				
22 - CID 10 SECUNDÁRIO				
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
26 - CLÍNICA				
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO				
28 - DOCUMENTO				
29 - N° DOCUMENTO				
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE				
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO				
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO				
36 - CNPJ DA SEGURADORA				
37 - N° DO BILHETE				
38 - SÉRIE				
39 - CNPJ EMPRESA				
40 - CNAE DA EMPRESA				
41 - CBOR				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
43 - EMPREGADO				
44 - EMPREGADOR				
45 - AUTÔNOMO				
46 - DESEMPREGADO				
47 - APOSENTADO				
48 - NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
50 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
51 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR				
52 - DOCUMENTO				
53 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
55 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO	
Date: 24/10/18	O.S. _____

Dr. Antonio Felix

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	<i>Fratura exposta tíbia III°</i>
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:	<i>Osteossíntese + LTTC</i>
TIPO DE INTERVENÇÃO:	<i>Fixação Externa</i>
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:	_____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:	_____

CIRURGIÃO:	<i>Dr. O. Augusto</i>	1º AUXILIAR:	<i>Dr. Thiago Bastos</i>
2º AUXILIAR:	<i>LOANIR V</i>	INSTRUMENTADORA:	_____
3º AUXILIAR:	<i>Dr. Fabiano</i>	ANESTESIA:	_____
ANESTESISTA:	<i>Dr. Fabiano</i>	ANESTÉSICO:	_____
INÍCIO:	_____	FIM:	_____
		DURAÇÃO:	_____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

*Encontra-se fratura exposta com
descolamento extenso lesão
muscular exposta osso
lesão vascular
Feito LTTC
Fixação externa 250 mm
Tala TNL*

Carlos Henrique da Rosa
Médico
CRM 483



GOVERNO DO ESTADO DE PARAÍBA
"Autarquia Parastatutária das Atividades"

Emergência

FICHA DE ANESTESIA

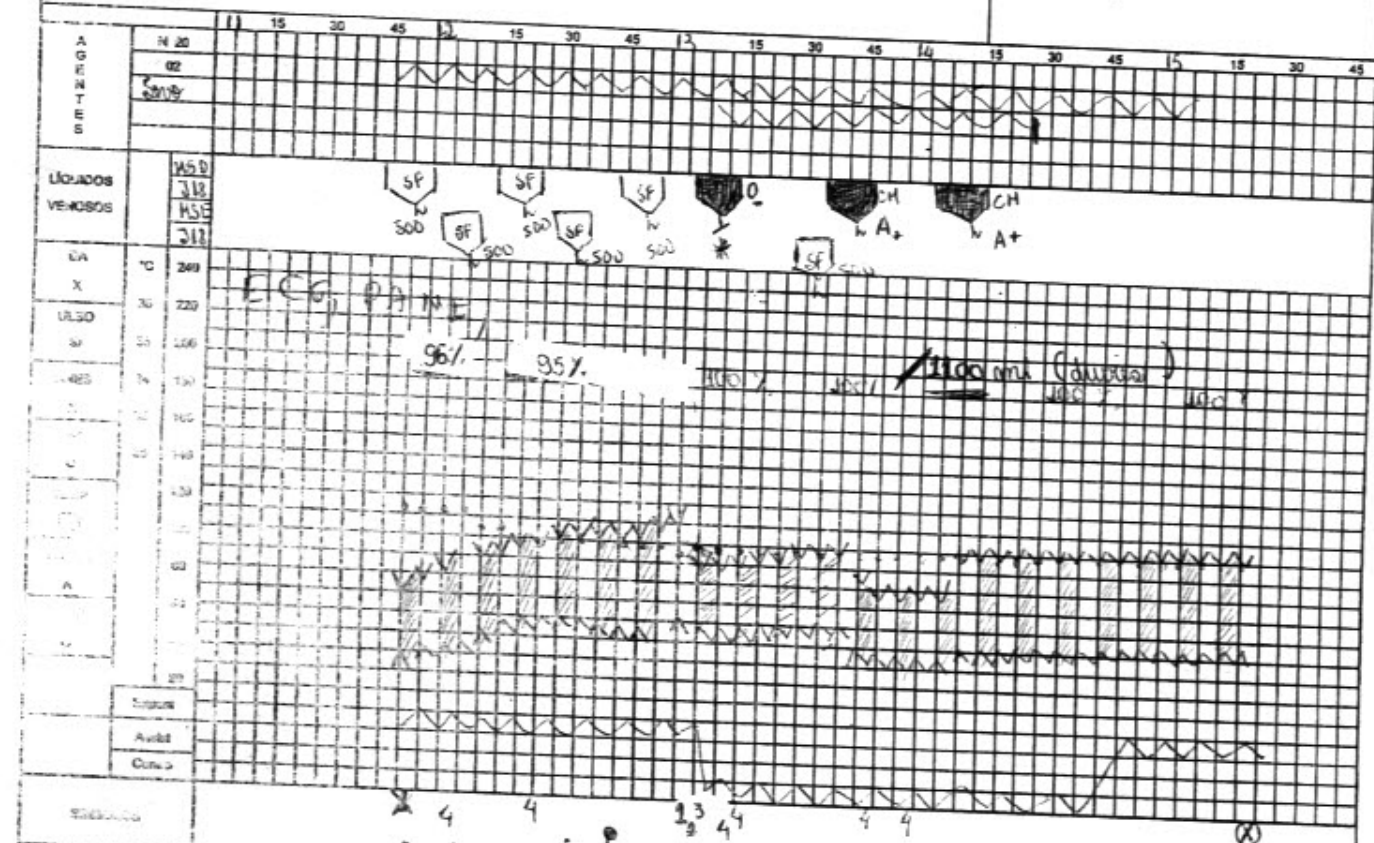
Maria Antônia Felipe de Souza

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FNT 25 mg ev

Nº

24/10/18



AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
1. Fentanyl	125 mcg	Oral: GVT + INHALTÓRIO em sistema com observação de ECG	X Pré oxigenação com O ₂ 100% até saturação 95%
2. Roc	35 mg		3 Propofol 20 mg + Roc 35 mg ev + fentanyl 25 mcg ev
3. Propofol	20 mg		4 500 com tubo 7.0 mm c/wcp + fnt 50
4. 3000 / 3000		Intubação controlada mecanicamente	5 O ₂ + oxigenação - 4 Epidura 5 mg ev
5. 3000 / 3000			* 100% - 6. transposição de 10 O ₂ - Pouco opressão torácica, hipotensão postural no momento em que foi posicionada a raquianestesia. Optamos pela transposição da hemodivisão / mudança de técnica anestésica (anest. oxal)
6. 3000 / 3000			
7. 3000 / 3000			
8. 3000 / 3000			
9. 3000 / 3000			
10. 3000 / 3000			
11. 3000 / 3000			
12. 3000 / 3000			
13. 3000 / 3000			
14. 3000 / 3000			
15. 3000 / 3000			
16. 3000 / 3000			
17. 3000 / 3000			
18. 3000 / 3000			
19. 3000 / 3000			
20. 3000 / 3000			
21. 3000 / 3000			
22. 3000 / 3000			
23. 3000 / 3000			
24. 3000 / 3000			
25. 3000 / 3000			
26. 3000 / 3000			
27. 3000 / 3000			
28. 3000 / 3000			
29. 3000 / 3000			
30. 3000 / 3000			
31. 3000 / 3000			
32. 3000 / 3000			
33. 3000 / 3000			
34. 3000 / 3000			
35. 3000 / 3000			
36. 3000 / 3000			
37. 3000 / 3000			
38. 3000 / 3000			
39. 3000 / 3000			
40. 3000 / 3000			
41. 3000 / 3000			
42. 3000 / 3000			
43. 3000 / 3000			
44. 3000 / 3000			
45. 3000 / 3000			

Tratamento de Fratura Exposta de 3º de fêmur

Dr. Maria / Dr. Edivan

Dr. Danilo

Dr. Carla Araújo / Dr. Juan

5. Atropina 0.5 mg + prednisona 1 mg ev

Dr. Danilo

Dr. Carla Araújo / Dr. Juan

5. Atropina 0.5 mg + prednisona 1 mg ev

Dr. Danilo

Dr. Carla Araújo / Dr. Juan

5. Atropina 0.5 mg + prednisona 1 mg ev



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		44	APT OU LEITO	Emergência	Nº DO PRONTUÁRIO	29/10/20	DA
m ^{te} Antônio Félix de Souza							
TIPO		CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO			
TTO de fratura exposta de 5 ^o crânio de		INICIO		FIM	TEMPO TOTAL		
Fíbria (E)		13:30		14:55			
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA					
1º AUXILIAR		Dr Carlos Henrique (Dtl.)		ANESTESISTA:		Dr Fabiano/Ana Maria	
2º AUXILIAR		Diego (3 ^o auxiliar)		RES. ANESTESIA:		R. Hannelle	
				INSTRUMENTADOR			
				CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA: Óxido				TEMPO DE DURAÇÃO:		11min e 25s / 13min e 25s	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS			
☐	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250			
☐	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
☐	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLUCOSADO AD-500			
☒	LUVA ESTERIL 7.5		☒	FIO VICRYL N° 2.0			
☐	LUVA ESTERIL 8.0		☒	FIO MONONYLON N° 1			
☐	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°			
☒	LUVAS P/PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°			
☒	LÂMINA BISTURIN N° 22/34			FIO CATGUT SIMPLES N°			
☐	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°			
☐	DRENO DE TORAX N°			FIO PROLENE N°			
☐	DRENO DE PENROSE N°		☒	FIO-SEDA N° Nylon N° 2.0			
☐	SERINGA 01ML		☒	SURGICEL Equipos macrogel			
☐	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO			
☐	SERINGA 05 ML			KIP-ATATAN			
☒	SERINGA 10ML		☒	GEOFOAM Equipos, sangue			
☒	SERINGA 20ML		☒	BETA CARDIACA Gel condutor			
☐	Cateter Os		☒	OUTROS: Fio de p/ osteopatia			
☐	TOT N° 7			100ml P.O. 1000			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE				
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS			
		Suellen / Bruno (manhã)					
		Luciano / Rebecca (Tarde)					
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		SUB- TOT/			
				TAXA DE SALA			
				TAXA DE ANESTESIA			
				SOM			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE							

MSO 30/1/145
MSO 30/1/145



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 24/10/18

Reg: idade: 44

Cirurgia: 13.00

Emergência: () U.T.I. 1
() Internação () U.T.I. 2
() Outros:

Cirurgia Proposta: 13.00

Med. Opote. m/f: 13.00

Informações:

() Jejum () Pré-anestésico
() Alérgico () Intracati
() Banho () Sangue
() Alegria () Cardiopata
() Exames () Psimático
() Outros: 13.00

2. Estado Emocional/ Mental
() Choro () Sonolento
() Agitado
() Outros: 13.00

3. Sinais Vitais:
T: 36.5 °C P: 105 bpm
FC: 105 PA: 105/55 mmHg
Saturação: 98% R: 14 rpm
() Regular () Irregular

4. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

5. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

6. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

7. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

8. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

9. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

10. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

11. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

12. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

13. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

14. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

15. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

16. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

17. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

18. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

19. Condições da Pele:
() Ferimento
() Queimadura
() Hematoma
() Contusão
() Lesão
() Deformidade
() Amputação
() Fratura
() Outros: 13.00

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 13.00

Início de Cirurgia: 13.00

Início Anestesia: 13.00

Término Cirurgia: 14.55

Saída S.O.: 14.55

Posicionamento: Dec. lateral

Cirurgia Realizada: 13.00

Antibiótico-Terapia: 13.00

Hemoderivados: 13.00

CH: 111

Plasma: 13.00

Plaquetas: 13.00

Análise Patológica: 13.00

Sinais Vitais: 13.00

T: 36.5 °C P: 105 bpm
FC: 105 PA: 105/55 mmHg
Saturação: 98% R: 14 rpm
() Regular () Irregular
() Outros: 13.00

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Razo X
() Outros: 13.00

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Razo X
() Outros: 13.00

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Razo X
() Outros: 13.00

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Razo X
() Outros: 13.00

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Razo X
() Outros: 13.00

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Razo X
() Outros: 13.00

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Razo X
() Outros: 13.00

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Razo X
() Outros: 13.00

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Razo X
() Outros: 13.00

Exames na SO: () Ht () Hb () Hemograma () Razo X
() Outros: 13.00

SRPA

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Localização: III grau

Balanco Hídrico

Entradas: 319 mL

SNG: 292 mL

Dreno: 206 mL

Diurese: 114 mL

SNG: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Outros: 114 mL

Sinais Vitais

T: 36.5 °C

P: 105 bpm

PA: 105/55 mmHg

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99

SpO2: 99



Nome Antenor Felix da Souza Jr

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trf.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVPV A5U2L 75BP5 AUWZY



991336163

OK

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
NOME DO PACIENTE			
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS			

Lea Antenor Felix

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

OBSERVAÇÃO

24/10/18 11:15h

SNDD

3) AVF

4) ~~Prescrição~~ 100 mg EV

5) ~~Prescrição~~ 500 mg EV

6) ~~Prescrição~~ 100 mg EV

7) ~~Prescrição~~ 100 mg EV

8) ~~Prescrição~~ 100 mg EV

9) ~~Prescrição~~ 100 mg EV

10) ~~Prescrição~~ 100 mg EV

11) ~~Prescrição~~ 100 mg EV

12) ~~Prescrição~~ 100 mg EV

204.3

		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		FELIX AURORA FELIX			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA 25/10/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6h 3037				
4	TILATIL 20MG EV 12/12h				5h-10h
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6h				12h-18h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				2h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				7h-24h
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				2h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				2h
10	SS/VV + CCGG 6/6 h				manhã
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				2h
14	CURATIVO DIÁRIO				manhã
16	ZETRONOL 1 gr 12/12 EV				15h-18h
18	Ciprofloxacina 400 + 12/12 EV				18h-22h
19	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				
20					
EVOLUÇÃO MÉDICA: BCB, LOYER Ben Pousão Transferir ao Bloco					

Per e1

SINAIS VITAIS	T	PA	FC
6 H			
12 H	36.1	103/70	86
13 H	37.6°C	115/69	119
24 H	37.7°C	110/60	100

10h. realizado banho no leito, troca de gaze e curativo em membro inferior direito.

Carlos Enrique La Rosa
Médico
CRM-RR 463

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.
Anoques da Silva Souza
Técnico de Enfermagem
Código RR 001 200 883

Regulado para leito
SLB/2043
Regulação Interna 11:20

18h Paciente no hi-fi, medicado, segue por cuidados de enfermagem.
Obs: 15h não em no sup.

Nairia Antônia Félix 204-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Nairia Antônia Félix				
DIAGNÓSTICO	Fratura TIBIA				
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS		DM2	
LEITO		DATA	26/10/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5ND
2	AVP				5ND
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				18:00
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				18:00
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				18:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				5ND
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5ND
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5ND
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				5ND
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5ND
11	CURATIVO DIARIO				5ND
12	SSVV + CCGG 6/6 H				5ND
13	C/P 12/12h (1/12h) 18:00				18:00
14					
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:					
06h realizado troca de AVP com glicose n: 20					
Ponto cital					
fundo					
Dr. Jesus A. Lopez Aguiar CRM-RR 566					
SINAIS VITAIS	PA	P	T		
6 H	115x60	107	36.4°C		
10 H	110x67	109	36.6°C		
13 H	120x79	106	36.5°C		
21 H	113/70	100			

12h. Verificados SSVV e administradas medicações C.P.M.

204-3

28/01/18

PAULA ANTONIA FELLY

- 1) Oletic 100
- 1) Celabotinc 100 w 6/11 - ~~12.18~~ 24.06
- 1) Dipirona 20 w 6/11 - ~~12.18~~ 24.06
- 1) TILATIL 200 w 12/11 - ~~18.06~~ 1
- 4) THALIC 1000 w 6/11 - SN
- 4) PLASMI 1000 w 6/11 - SN
- 7) CAROTON 250 w 11/11 - ~~18.06~~ 11.05
- 1) MAFITIDIN 400 w 6/11 - SN
- 4) Curatim dicor
- 4) Ciprolletocin 400 w 12/11 - ~~18.06~~
- 2) CRV

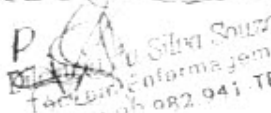
paciente euforica
lendo livro

Dr. Juracy Lopes Aguiar
CRM-RR 566

18h - PA: 110x70 mmHg, FC: 71 bpm *+ Maria LORENA AF*
24h - PA: 104/69 P: 102 T: 36.5/termometro
06h - PA: 100x70 FC: 98 T: 36.5/termometro

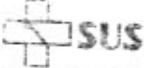
Antonio Rodrigues
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 74.228 TE

204-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	FARIK ANTONIO FEUK				
DIAGNÓSTICO	FRACTURA TIBIA				
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS		DM2	
LEITO	204-3	DATA	28/10/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	RAMITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIARIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	CLIPHO FLEX 1000 400mg U 12/12h				
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:					
Paciente evoluindo bem Apresentando melhora					
 Dr. Jesus A. Lopes Aguiar CRM-RR 565					
SINAIS VITAIS					
TH					
TA					
FC					
TA					
Deficit de funcionamento Troca de curativo					
 Dr. Silveira Souza Farmácia Informa-jem CORREIA 082 041 TE					

704-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARIA ANTONIA				
DIAGNÓSTICO	FRATURA PERNA				
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS		DM2	
ITEM		LEITO	704-3	DATA	25/10/21
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				SND
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				MANUTER
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				12-18-24-06
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				18-06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12-18-24-06
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SU
8	ASPIRIL 100 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
9	DIPIRONA 500MG DE 8/8H EV S/N				SU
10	DIPIRONA 1000 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SU
11	DIÁRIO				SU
12	DIÁRIO				SU
13	DIÁRIO				SU
14	DIÁRIO				SU
15	DIÁRIO				SU
16	DIÁRIO				SU
17	DIÁRIO				SU
18	DIÁRIO				SU
19	DIÁRIO				SU
20	DIÁRIO				SU
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DUM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
Perna em Apud novo proadun					
Dr. Jesus A. Aguiar CRM-RR 566					
29-10-18 18-00h Pede deitado no leito, consciente, realiza manobras dos membros 3-4-5-13 ESSUV C.P.14. segue as cuidados da enfermagem					
Maria Cecília G. Figueira CRM-RR 387.446 TE					
SINAIS VITAIS: OR FC T FR					
08H					
12H	120x70	87	36.5		
16H	114x76	107	37.4°C	20	
20H	103/65	100	36.8°C		

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	
LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
11 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINTOMAS CLÍNICOS			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
33 - NOME DO TRABALHADOR	34 - CNPJ DA SEGURADORA	35 - N° DO BILHETE	36 - SÉRIE
37 - NOME DO TRABALHADOR	38 - CNPJ EMPRESA	39 - CNAE DA EMPRESA	40 - CBOR
41 - TIPO DE TRABALHO			
42 - TIPO DE CONTRATO			
43 - TIPO DE CONTRATO			
44 - TIPO DE CONTRATO			
AUTORIZAÇÃO			
45 - N° DO DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		46 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
47 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

WALLYSON BARBOSA MOURA

Data: 21/10/18

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta da tíbia e fíbula

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: FELO

TIPO DE INTERVENÇÃO: Fixação interna metálica (Reconstrução)

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES: + Escalante de sangramento

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 2 unid.

QUADRADO: Dr. Jéssy

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: HALU

ANESTESISTA: Dr. FABIAN

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente anestesiado

- Asepsia, antissepsia

- Campos estéril

- Medico da história e lesão:

- 2 pontos flutuantes e 2 pontos

fixos na pele para melhor acesso

- Escalante de sangramento

- Cirurgia

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Associação Patrimônio das Belezas" —

FICHA DE ANESTESIA

[illegible]



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

442 FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE:		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Maurício Antonio Felix de Souza		204-3		31/10/18
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Limpeza cirúrgica + fricção externa M.S. Esquerda		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		10:30	11:30	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Dr. Fabiano	
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		F. Bruno	
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE		
		Maurício / Angélio / Ovide		
TIPO DE ANESTESIA: Raquide		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT	MATERIAL	VALOR	MEDICAMENTOS	VALOR
	POTS COMPRESSAS C/03 UNID		FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	250ml
	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			
	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/ OSSO			
	KIT CATARATA Nº			
	GEOFOAM			
	FITA CARDIACA Agulha p/ Raquide Nº 22			
	OUTROS: Eletrodes			
	30x8 Agulha			
	Escova p/ limpeza			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	F. Bruno	SUB- TOTAL		
		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
CIRCULANTE DE SALA		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		
	Ovide / Angélio			

NOME: maria Antonia Fulin

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

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: PJJPV A5U2L 75BP5 AUWZY



DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 31/10/18Ref. 44 Idade: 44Cirurgia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Emergência: () U.T.I. 1Internação: () U.T.I. 2Outros: () Outros: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Cirurgia Proposta: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Informações: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Medicamentos: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Alimentação: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Exames: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Outros: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Estado Emocional/Mental: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Chorço: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Agitação: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Outros: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Sinais Vitais: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Temperatura: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Pressão: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Frequência Cardíaca: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Frequência Respiratória: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Saturação de Oxigênio: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Outros: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Início da Cirurgia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Início Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Término Cirurgia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Saída S.O.: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Cirurgia Realizada: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Posicionamento: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00

SRPA

Cirurgia Realizada: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Anestesia: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00Sinais Vitais: 10:00 10:30 10:10 11:30 14:00

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <u>PAMA PHILIPPE L. LIMA</u>					
AGNOSTIC <u>Franco Tibia + Placa</u>					
ALERGIAS		NEGA	HAS	NÃO	DM2
IDADE		44	LEITO	204-3	DATA
ITEM		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE	→ SVD			
2	SFO 9% 500ML S/N EV	→ SVD			
4	CEFALOTINA 1 G 6/6HR EV	→ SVD			
5	DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS	→ SVD			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	→ SVD			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	→ SVD			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	→ SVD			
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	→ SVD			
10	CURATIVO DIÁRIO	→ SVD			
11	SSV + COGG 6/6 H	→ SVD			
12	CEFTRIAXONA 1 G 6/6h	→ SVD			
13	CIPROFLOXACINA 500mg 12/12h	→ SVD			
14		→ SVD			
15		→ SVD			
SE DIABETICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA MARCOS AGUIAR CRM 1995 RR
6 H	104/70	67	15	36.4	
12 H	90/60	C.C			
18 H	111x74	95		36.4	
24 H	103x64	106	19	36.7	

Paciente faz o uso
e bom condicionamento

Dr. Jesus da Lopez Aguiar
CRM-RR 566

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	MARIA ANTÔNIA FELIX				
DIAGNÓSTICO	FIMBRI TCDI				
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS		DM2	
LEITO	204-3	DATA	01/11/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				SND
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				12 18 24 06
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				16 04
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12 18 24 06
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	CEFTIAZOLIM 1 GR EV 12/12h				14 02
14	CLINDAMICINA 300mg 12/12h				18 06
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

paciente estável
benção limpa

Dr. Jesus A. Lopez Aguiar
CRM-RR 556

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TX
6 H				
12 H	139x77	115	17	35.5
18 H	106x70	110	16	37.2
24 H	paciente estável, administração medicamentosa a			

aféido sinais vitais, limpa

06 ps 87 x 60

9 Diana Rojen Weser
Técnico em enfermagem
CRM-RR 556 07

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HER Hospital Geral de Roraima		UNIVERSIDADE FEDERAL DO PIAUÍ HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN					
PACIENTE		MARIA ANTONIO FERREIRA							
DIAGNÓSTICO		Fratura Externa + 10.							
ALERGIAS		HAS		DM2					
IDADE		LEITO		DATA					
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE					SND			
2	AVP					manh			
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H	(S/N) SUSP							
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H					18 06			
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H					12 18 24 06			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					SND			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SND			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SND			
9	RANTIDINA 150MG DE 8/8h EV S/N					SND			
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SND			
11	CURATIVO DIÁRIO								
12	SC. + CCGG 6/6 H					12 18 24 06			
13	CEFTIAZOLIM 1 GR EV 12/12					18 06			
14	CIPROFLOXACINA 400 mg EV 12/12					14 22			
15									
16									
17									
18									
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).								
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:									
		Paciente estável Após cirurgia.							
		 Dr. José A. Lopes Aguiar CRM-RR 566							
SINAIS VITAIS		PA	FC	TX					
6 H	100x70	100	36						
12 H									
18 H	100x60	116	36,9						
24 H	90x60	106	36						

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	MARIA PROPRIO						
DIAGNÓSTICO	Fratura tíbia						
ALERGIAS	42	HAS		DM2			
IDADE	41	LEITO	204-3	DATA	07/11/16		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					S/N	
2	AVP					S/N	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H					S/N	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H					S/N	
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H					S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					S/N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					S/N	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N					S/N	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N	
11	CURATIVO DIÁRIO					S/N	
12	SSVV + CCGG 6/6 H					S/N	
13	CEFTRIAXONA 1 GAL EV 12/12					S/N	
14	CIPROFLOXACINA 400mg EV 12/12					S/N	
15							
16							
17							
18							
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),						
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:							
Paciente com recuperação da							
perda, sendo liberado							
Dr. Jesus A. Lopes Aguiar							
CRM-RR 566							
SINAIS VITAIS							
6 H							
12 H 108/66 90 37,5°C							
18 H 94/63 106 37°C							
24 H							

14:45 foi adm Tramal 50mg VO
15:23 foi trocado AVP.

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	JANIA ALTORE PEREIRA						
DIAGNÓSTICO	Fratura Tibia						
ALERGIAS	HAS DM2						
IDADE	42	LEITO	204-3	DATA	04/11/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SVA	
2	AVP						
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H					antes da comida	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H					SUSP.	
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H					18. 24. 06. 18	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					SN	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SN	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N					SN	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN	
11	CURATIVO DIARIO					curativo!	
12	SSVV + CCGG 8/6 H					18. 24. 06. 18	
13	CIPROFLOXACINA 400 mg EV 12/12h					20. 30. 08	
14	CIPROFLOXACINA 400 mg EV 12/12h					20. 30. 08	
15							
16							
17							
18							
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),						
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:							
paciente eja pele Dr. Jairo Aguiar CRM-RR 506							
							
SINAIS VITAIS							
6 H	120x76 102		36.6				
12 H	144x70 96		36.4				
18 H	130x75 90		36.3				
24 H	120x76 94		36.0				

204-3

204-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	M A R C A L A T O V L A F E R R E I R A				
DIAGNÓSTICO	F R A T U R A T I B I A				
ALERGIAS	HAS				
IDADE	42	LEITO	204-7	DM2	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5:00
2	AVP				17:00
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				5:00
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				18:00
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				18:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				18:00
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
11	CURATIVO DIÁRIO				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				
13	CEFTIAZOLAM 1 GR EV 12/12				18:00
14	CIPROFLOXACINA 500mg EV 12/12				18:00
15					
16					
17					
18					
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:					

paciente eufórico
pele reconstituída

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS	P.A	FC	R	T
6 H				
12 H	94x76	80	-	36,5
18 H	100x80	80	-	36,5
24 H	90x65	113	-	36,6

06h 113x71 115 36,5

Dr. Cecília G. Pimenta
CRM-RR 566

05.11.18 18:00
Paciente admitido no leito
consentimento realizado
- medicações dos últimos 4 dias
- Sinais vitais: 113x71 115 36,5

26/01/2021: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

	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 DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO	
9 - SEXO		10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL	
11 - TELEFONE DE CONTATO		12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			
Pac. com alteração de função export de peric e reação de pele			
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			
Cirurgia			
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			
Pr peric e peric			
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			
Pneumonia por H2O2 peric			
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
PROCEDIMENTO SOLICITADO			
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
28 - DOCUMENTO		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		33 - CID 10 PRINCIPAL	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)			
34 - ACIDENTE DE TRABALHO		35 - CNPJ DA SEGURADORA	
36 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		37 - N° DO BILHETE	
38 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		41 - CNAE DA EMPRESA	
42 - EMPREGADO		43 - CBOR	
44 - EMPREGADOR		45 - APOSENTADO	
46 - AUTÔNOMO		47 - NÃO SEGURADO	
48 - DESEMPREGADO		49 - APOSENTADO	
49 - NÃO SEGURADO		50 - NÃO SEGURADO	
AUTORIZAÇÃO			
51 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		52 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR	
53 - DOCUMENTO		54 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
55 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		56 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
57 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		58 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
59 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		60 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
61 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		62 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
63 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		64 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
65 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		66 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
67 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		68 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
69 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		70 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
71 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		72 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
73 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		74 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
75 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		76 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
77 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		78 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
79 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		80 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
81 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		82 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
83 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		84 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
85 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		86 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
87 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		88 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
89 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		90 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
91 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		92 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
93 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		94 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
95 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		96 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
97 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		98 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
99 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		100 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 26/11/19

O.S. _____

MANEJA MEDICINA
FOLHA 1/100

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Necrose pele penis em

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: Língua cirúrgica + cicatrização

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o nec

CIRURGIÃO: Dr. Javi

1º aUXILIAR: _____

2º aUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º aUXILIAR: _____

ANESTESIA: RAO-1

ANESTESISTAS: Dr. AUF-

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Pele necrótica
- Anestesia, cateter
- Corte e sutura
- Inalação de ar
- Evidente a lesão
- 11/12/19
- Contato
- ATENÇÃO

Dr. Jesus A. López Aguirre
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio das Brasileiras" —

FICHA DE ANESTESIA

Maria Antônia F de Souza. 44a

06/11/18

Nº Naze Alaye
Naze HRP.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

AGENTES		N 20		15		30		45		20		15		30		45		15		30		45		15		30		45	
		02																											
LÍQUIDOS VENOSOS		A	M																										
		U	S																										
		P	D																										
			20																										
DA	°C																												
X	240																												
ULSO	36																												
Q	36																												
ALZS	34																												
A	32																												
OP	30																												
Q	20																												
TEMP	120																												
	100																												
ASFO	80																												
A	60																												
RESP	40																												
O	20																												
Expon																													
Asist																													
Contro																													
SIMBOLCS																													
AGENTES																													
Fentanil 100 mcg																													
Diprivan 5 mg																													
Chl. Oxalona Hiperb 25																													
D																													
E																													
F																													
G																													
GLUCOSE																													
NOCD																													
SANGUE																													
TOTAL																													
OPERAÇÃO																													
ANESTESIA																													
CÓDIGO																													
CIRURGIÃO																													
PERDA SANGÜEA																													





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Mario Antônio Felix de Souza				06/11/16
TIPO		CIRURGIA		
Simples Cirurgia em M.T.C		INICIO	FIM	TEMPO DE DURAÇÃO
		21 40	22 50	TEMPO TOTAL
CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA			
1º AUXILIAR	ANESTESISTA:		RES. ANESTESIA:	
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR		CIRCULANTE	
TIPO DE ANESTESIA: Raquie		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
☐	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☐	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 50ml
☐	PACOTES GAZE		☒	FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYLNº
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
10	LUVAS P/PROCEDIMENTOS (par)			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
	LÂMINA BISTURINº			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDANº Rival a 70%
	SERINGA 01ML	+100ml		SURGICEL Cloridina 100mg
	SERINGA 03ML	+300ml		CHRAPOSSO Cloridina 100mg
	SERINGA 05 ML	+200ml		KIT CATARATA
	SERINGA 10ML		☒	GEOFOAM como desc
	SERINGA 20ML		☐	FITA CARDIACA como desc
	1 agulha p/ raquie		☐	OUTROS: cateter O2
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		
		Alexandre		
FUNÇÃO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA		
		Simone		
MATERIAL MEDICAMENTOS			SUB- TOTAL	
TAXA DE SALA				
TAXA DE ANESTESIA				
			SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



NOME: MARIA ANTONIA C. DE SOUZA

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 06/11/18

Reg. Idade: 44

Osteogênese: () U.T.I. 1 () Internação () U.T.I. 2 () Outros: Cirurgia Proposta:

1. Informações:

() jejum () Pré-anestésico () Jéias () Intracath () Banho () Sangue () Alegria () Cardiopatia () Exames () Jasmídico () Outros: N/A

2. Estado Emocional/ Mental

() Choro () Sonolento () Agitado () Outros: N/A

3. Sinais Vitais:

T °C P bpm FC 102 PA mmHg SAT 98 % R rpm () Regular () Irregular

4. Condições de pele:

() FFA () Ferimento () FFA () Queimado () ID () Hemorragia () JF () Contusão () H () Deformidade () H () Deformidade () H () Deformidade

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala Início da Cirurgia Início Anestesia Término Cirurgia Saída S.O.

21:05 21:40 21:30 22:50

Cirurgia Realizada Anestesia Posicionamento

Hidratção Infundida Antibiótico- Terapi Hemoderivados

SF a 0,9% 1500 Nome: CH: Plasma: 2

SG a 10% Dose: Plaquetas: 2

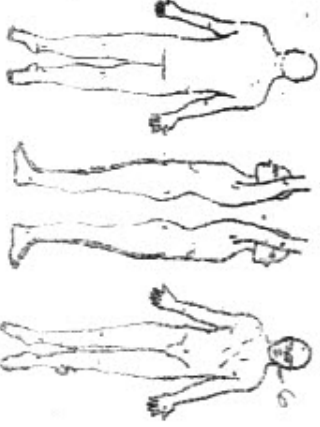
Outras: N° de compressas oferecidas: Antômico Patológico:

N° de compressas recolhidas: () Sim () Não

Sinais Vitais: T °C P bpm SAT 99 % R rpm () Regular () Irregular () Outros: PA 105 x 6 mmHg

Exames na S.O.: () Ht () Hb () Hemograma () Razo X () Outros:

Legenda: 1. Eletrodos 2. Condutor 3. PVC 4. Placa de Bisturi 5. Incisão 6. Curator 7. Wendelise 8. Dreno 9. SNG 10. Fio de Sinaet 11. Outros



SRPA

Anestesia Realizada

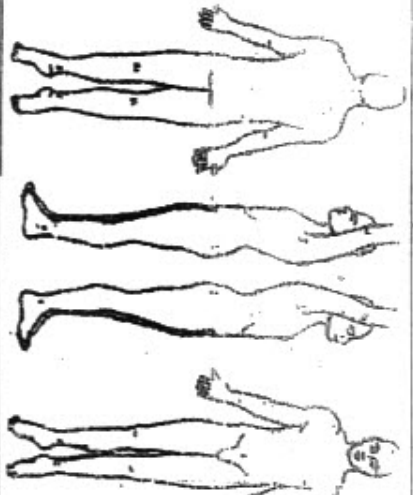
Localização

1º 15' 30' 45' 2º 30' 1h 1h30 2h 3h

Sinais Vitais T P PA SPO2

91 100%

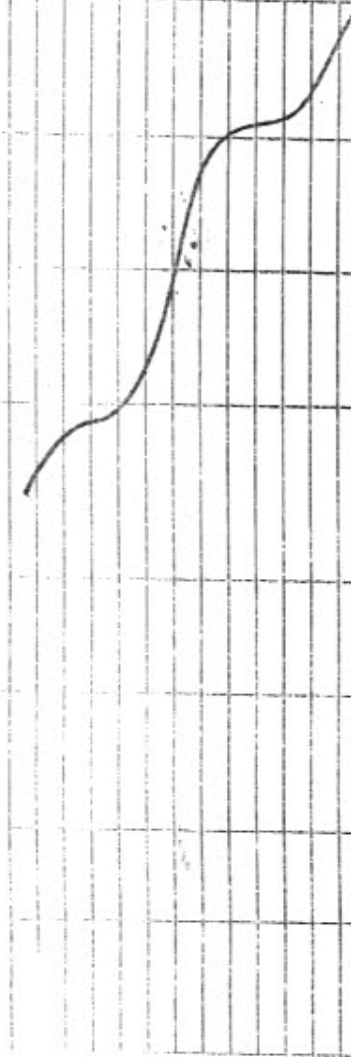
1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso Venoso 5. Outros



Balanco Hídrico

Entradas Saídas

EV HV CH SNG Dreno Diurese SNG Outros



Entrada Saída

ANES

ANES

Maria Antônia
204-03

204-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HGR		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <i>MARIA ANTONIA FRAZ</i>					
AGNÓSTICO <i>PARMI FILHO</i>					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO <i>224-7</i>		DATA <i>06/11/20</i>	
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500ML EV 12/12H			<i>500ml</i>	
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA			<i>18h</i>	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			<i>18h</i>	
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H			<i>500ml</i>	
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			<i>18h</i>	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<i>18h</i>	
11	SSVV + CCGG 6/6 H			<i>18h</i>	
12	CURATIVO DIÁRIO			<i>18h</i>	
13	<i>CEFTRIAXON 1GB c 12/12 CIP</i>			<i>18h</i>	
14	<i>CIPROFLOXACINA 500mg c 12/12</i>			<i>18h</i>	
15					
16					
17					
18	<i>dieta po 12/12</i>				
19	<i>- Dieta para quem tem diabetes</i>				
19	<i>- Continuar com medicação</i>				
20					
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:					
# CONDUTA: MANTIDA					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
SEM PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO					
SINAIS VITAIS					
SN	PA	FC	FR	T	
12H	100/70	99		36,2	
13H	98/69	104	22	36,2	
14H	101 x 72	99		36,9	
Dr. Fernando Rezende CRM-RR 2007 Residente de Ortopedia e Traumatologia					

204-03

204-30

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
DATA DE ADMISSÃO		PRESCRIÇÃO MÉDICA		HGR	
PACIENTE	DIH	DN			
PACIENTE: <u>RAMA ANTONIA FELIZ</u>					
DIAGNÓSTICO: <u>FRATURA TIBIAL</u>					
ALERGIAS:					
IDADE	HAS	DM2			
92	LEITO	204-03	DATA	07/11/2020	
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				5h
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				MONTAR
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5h
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5h
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				5h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5h
11	CURATIVO DIÁRIO				5h
12	SSVV + CCGG 6/6 H				M
13	CEFTRIAXONA 1 G EV 12/12h (com a pct)				5h
14	CIPROFLOXACINA 400 - EV 12/12h				5h
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/LML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
Paciente estável leite e medicação a ser administrada					
Dr. Jesus da Silva Aguiar CRM-RR 565					
PA FC TX					
SINAIS VITAIS					
6 H					
12 H 107/68 99 36,1°C					
18 H 100/80 60 36,2°C					
24 H					
Paciente estável no leito medicação administrada FC 90 T: 36,2°C sem greixos durante o plantão					
Ivone Martins S. Araújo Téc. de Enfermagem CRM - RR 100.210-TE Guarã					

204-2 204-3

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	MAMA ANTONIA FLEUR		
DIAGNÓSTICO	Fratura - Tibia		
ALERGIAS			
IDADE	79	HAS	DM2
ITEM	LEITO	204-3	DATA
			06/11/18
PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE	HORÁRIO	
2	AVP	SND	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H	MANDEAR	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H	08. 34. 20. 02	
6	TRAMAL 100MG + SE 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	SV	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SV	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SV	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N	SV	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SV	
11	CURATIVO DIÁRIO	SV	
12	SSVV + CCGG 8/6 H	ROTINA	
13	CEFTIAZOLAM 1 CP VO 12/12h	ROTINA	
14	CIPROFLOXACINA 500mg IV 12/12h	08. 34. 20. 02	
15			
16			
17			
18			
19			
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:			
Paciente estável sendo tratado			
Dr. Jesus A. Lopes Aguiar CRM RR 566			
SINAIS VITAIS			
6 H	106/60	82	36°
12 H			
18 H	130/60	60	36,5°C
24 H	90/60	85	- 36,5°C

204-03

204-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																					
PRESCRIÇÃO MÉDICA		HGR		GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA																					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																					
PACIENTE	D. A. M. A. P. M. M. A. F. E. L. L. E.																								
DIAGNÓSTICO	F. M. M. T. + B. I. N.																								
ALERGIAS																									
IDADE	42	HAS		DM2																					
ITEM	LEITO	204-3	DATA	09/11/19																					
PRESCRIÇÃO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO																				
2	AVP				SND																				
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				MANTER																				
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				24 06																				
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				18 06																				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				20 02																				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SND																				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND																				
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				SND																				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SND																				
11	CURATIVO DIÁRIO				SND																				
12	SSVV + CCGG 6/8 H				Roraima																				
13					Roraima																				
14																									
15																									
16																									
17																									
18																									
19	SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),																								
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:																									
Paciente em tratamento Assim - procedimento definitivo Dr. Jesus A. Lopes Aguiar CRM 566																									
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>TC</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>100/60</td> <td>101</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>126/89</td> <td>100</td> <td>35.9°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>102x72</td> <td>97</td> <td>36.5°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>100/60</td> <td>96</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS	PA	FC	TC	6 H	100/60	101		12 H	126/89	100	35.9°C	18 H	102x72	97	36.5°C	24 H	100/60	96	
SINAIS VITAIS	PA	FC	TC																						
6 H	100/60	101																							
12 H	126/89	100	35.9°C																						
18 H	102x72	97	36.5°C																						
24 H	100/60	96																							

18:00h Paciente se encontra no leito 204-3, a medicação de horário realizada, segue por cuidados de enfermagem.

704-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	Nahia Pimenta Figueira				
DIAGNÓSTICO	Fratura Tibia				
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS		DM2	
LEITO	204-7	DATA	10/11/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				SN
3	CEFALOTINA 1G AMP +AD EV DE 6/5H				12 18
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				12 18
5	DIPIRONA 1AMF + 8ML DE AD EV DE 6/6H				12 18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				12 18
7	PLASIL 10 mg EV 3/8h (S/N)				SN
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				SN
12	SSV + CCGG 6/5 H				M
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

SINAIS VITAIS	P.A	FC	FR	TAx
6 H				
12 H	120x70	56	15	37.1°C
18 H	100x70	99	17	36.7°C
24 H	70x60	75	17	36.7°C

Dr. Realizoda
Técnicos da Saúde
Técnicos de Enfermagem
Coreia RR 001 200.883

Dr. Brandão
Técnicos da Saúde
Técnicos de Enfermagem
Coreia RR 799.575

204-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	DANIELA ANTONIA FELIX						
DIAGNÓSTICO	Fratura + lesão						
ALERGIAS							
IDADE	42	HAS		DM2			
LEITO	204-2	DATA	11/10/18				
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SND	
2	AVP					Maples	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H					12.00 20.00	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H					12.00 20.00	
5	DIPIRONA 1AMP + 5ML DE AD EV DE 6/6H					12.00 20.00	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h 8E DOR INTENSA					SND	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					SND	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SND	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV 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					SND	
13							
14							
15							
16							
17							
18							
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),						
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:							
paciente está bem ferido limpo							
Dr. Jesus A. Lopes Aguiar CRM-RR 566							
SINAIS VITAIS							
6 H							
12 H	121/77	95	-	37.2°C			
18 H	106/60	106		37°C			
24 H							

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE	12/04/2014						
DIAGNÓSTICO	Pneumonia						
ALERGIAS							
IDADE	42	HAS		DM2			
ITEM	LEITO	204-3	DATA	12/04/14			
PRESCRIÇÃO							
1	DIETA ORAL LIVRE					HORÁRIO	
2	AVP					5v	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H					MANUTER	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H					52 18.24.00	
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H					18.00.00	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					12 18.24.00	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)					5v	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					5v	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N					5v	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					5v	
11	CURATIVO DIÁRIO					5v	
12	ASV - 003G 5/3 H					RORAIMA	
13						RORAIMA	
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:							

Решение
при сум

~~Dr. Jesus A. Lopez Aguirre~~
~~CRM-RR 566~~

SINA'S VITALS				
HR	76/60	97		99 <i>normal</i>
CH				
SSH	115/60	76	39	36.8
SH	100/63	100		36.0 <i>normal</i>

18h. Publique no luto, apido —
 19h. administrados medicamentos
 20h. em aque as curadas de
 enferma com. — FARI



204-3
120-9

204-3

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		HER		GOVERNO DO ESTADO DO PARÁ	
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		TANIA ANTONIA PEREIRA					
DIAGNÓSTICO		Fratura Fechada					
ALERGIAS							
IDADE		HAS		DM2			
92		LEITO		120-9		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO				13/11/19	
1		DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO	
2		AVP				→ S/N	
3		CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				→ Manter	
4		TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				→ S/N	
5		DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				→ S/N	
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				→ S/N	
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				→ S/N	
8		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				→ S/N	
9		RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				→ S/N	
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				→ S/N	
11		CURATIVO DIÁRIO				→ S/N	
12		SSV + CCGG 6/6h				→ S/N	
13						→ S/N	
14							
15							
16							
17							
18							
19							
20		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:

Paciente evoluindo

Após cirurgia

Dr. Jesus de Lopez Aguirre
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS	PA	P	T	R
6 H				
12 H	109x67	91	36.3c	
18 H	100x60	60	36.0	
24 H	100x64	97	36.0c	
06 H	100x65	90	36.0c	



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 DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL			9 - SEXO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
			15 - UF	
			16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
Paciente com alteração de nível de consciência e resposta a estímulos resposta a dor (Glasgow 10)				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
Cirurgia				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
Pr. por cirurgião neon de ml				
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				
Eletrotorácico e tipo de cirurgia				
21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
Eletrotorácico e tipo de cirurgia				
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	
Cirurgia		URGENTE	() CNS () CPF	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		
Joni A. Lopes Assun		5115195761212		
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
14/4/18		Dr. Joni A. Lopes Assun CRM-SP 566		
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - Nº DO BILHETE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		39 - CNPJ EMPRESA		38 - SÉRIE
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO				
AUTORIZAÇÃO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		44 - COD. ORGÃO EMISSOR		49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR
45 - DOCUMENTO		46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		0415040035
() CNS () CPF				R02
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
14/4/18				

ENERGIA
RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022/3

SEU CÓDIGO
0045430-3

Nº da Nota Fiscal
5238774

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

FCAM*

PERÍODO DE VENCIMENTO
MAYO/2020 15/06/2020

CONSUMO (kWh)
528

TOTAL A PAGAR (R\$)
451,14

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA
R. HILDA SOBRAL GUEDES 16 - UNIAO
CPF: 00062900390249

DADOS DA LEITURA (KWH)

Atual	Anterior	Próxima leitura	Emissão	Apresentação
49699	49171	21/05/2020	20/05/2020	21/05/2020

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Grupo/Subgrupo:	1.1.1.2
Classe/Subclasse:	RESIDENCIAL
Ligação:	BIF
Forma de Faturamento:	E200502
Modalidade:	NORMAL

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	528 A R\$ 0,753650 =	397,92
CORREÇÃO MONETÁRIA DA 03/20-00		0,01
CORREÇÃO MONETÁRIA IC 03/20-00		4,35
MULTA POR ATRASO DA 1 03/20-00		1,01
JUROS DE MORA POR ATR 03/20-00		0,23
MULTA POR ATRASO 03/20-00		10,37
JUROS DE MORA DE IMPO 03/20-00		3,62
ILUMINAÇÃO PÚBLICA		33,63

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO

Mês/Ano	Medição
MAR/19	571
ABR/19	430
MAY/19	481
JUN/19	403
JUL/19	475
AUG/19	611
SET/19	584
OCT/19	449
NOV/19	614
DEZ/19	518
JAN/20	673
FEB/20	609
MAR/20	528

MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

Unidade consumidora sujeita à suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 05/06/2020, caso não pagamento RORAIMA ENERGIA S.A. e inclusão do nome do consumidor na dívida.

Declaramos quitados todos os débitos desta UC no ano de 2019 (Lei 12087/09).
LIGUE 08007219120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 15/06/2020

RESERVADO AO FISCO

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$

Energia:	397,92	Encargos:	12,36
Tributos:	45,33	Tributos:	70,73
Transmissão:	0,00		

IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$

Base de Cálculo	Alíquota	Valor
ICMS:	17,00%	67,64
PIS:	0,17%	0,78
COFINS:	0,85%	3,98

INDICADORES DE CONTINUIDADE

DIC	FIC	DMS	DMS				
Mês	Trimestral	Anual	Mês	Trimestral	Anual	Mês	Trimestral
Limite	9,24	18,49	36,99	8,46	16,92	33,84	4,99
Realizado	0,51			1,00			0,00

Conjunto FLORESTA

ROT: 7.001.11.03.336360

RORAIMA ENERGIA
DISTRIBUIDORA DE ENERGIA DE RORAIMA
Av. Capitão Ené Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44
Insc. Estadual: 24.007.022/3

SEU CÓDIGO
0045430-3

TOTAL A PAGAR - R\$
451,14

MÊS FATURADO
05/2020

VENCIMENTO
15/06/2020

Nº da Nota Fiscal
5238774

FCAM*

83620000004 7 51140075000 2 000000000045 5 43030520008 0

UC: 0045430-3 DT. LEIT.: 21/05/2020 T. ENTR.: 04
49699 NORMAL TOTAL: 451,14 CARGA: 005
DT. VENC.: 15/06/2020 IRREG.: 000 COLETOR: 4201

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, Maria Antonia Felix de Sousa, brasileiro
(a), Casado do Lar, portador (a) do RG nº
166221, inscrito (a) no CPF sob o nº 629.003.902-19, residente e
domiciliado (a) na Rua Sônia Guedes, nº 16, Bairro
União, Boa Vista-RR, CEP 69313-770, telefone
nº (95) 99143-7987, DECLARA não ter condições de arcar com
as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo
de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art.
99 §3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na
acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 09 de 12 de 2020.

Maria Antonia F. de Sousa
DECLARANTE