

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início   Ações 1º Grau   Ações 2º Grau   Parecer   Citações   Intimações   Audiências   Sessões 2º Grau   Buscas   Estatísticas   Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:  
2980120820210215151527

Processo 0801756-33.2021.8.23.0010 ☆ - (20 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário  
Assunto Principal: 9597 - Seguro  
Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais

Informações Adicionais

Partes

Movimentações

Apensamentos (0)

Vínculos (0)

Realces

Realçar Movimentos de:

Ocultar Movimentos:

☐ Magistrado

☐ Servidor

☐ Advogado

☐ Membro MP

☐ Defensor

☐ Procurador

☐ Outros

☐ Audiência

☐ Inválidos

☐ Sem Arquivo

☐ Hab. Provisória

Filtros

Movimentado Por:

Sequencial(Intervalo):

Descrição:

☐ Advogado

☐ Advogado NPJ

☐ Entidades Remessa

☐ Magistrado

☐ Procurador

☐ Servidor

ao

Data do Movimento(Período):

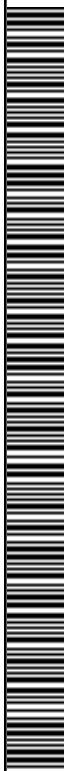
à

11 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 11

500 por pág. 1

Seq.	Data	Evento	Movimentado Por
<div>[-]</div> 11	15/02/2021 15:15:27	JUNTADA DE PETIÇÃO DE CONTESTAÇÃO	JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
11.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2783560CONTESTACAO01.pdf Público
11.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2783560CONTESTACAOAnexo02.pdf Público
11.3	Arquivo: KIT SEGURADORA LIDER	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	KIT SEGURADORA LDER.pdf Público
10	02/02/2021 13:37:30	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL Responsável: DANIEL DAMASCENO AMORIM DOUGLAS	PRISCILLA RODRIGUES MARQUES Analista Judiciária
9	02/02/2021 12:51:24	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 8	02/02/2021 12:51:24	REDISTRIBUÍDO POR SORTEIO EM RAZÃO DE ALTERAÇÃO DE COMPETÊNCIA DO ÓRGÃO 3ª Vara Cível	Glaysen Alves da Silva Distribuidor
7	02/02/2021 08:52:24	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Redistribuição	PAULO RICARDO SOUSA CAVALCANTE Analista Judiciário
<div>[+]</div> 6	27/01/2021 11:38:19	DECLARADA INCOMPETÊNCIA	IVALDO JORGE LEITE Magistrado
5	26/01/2021 14:46:26	CONCLUSOS PARA DECISÃO - DECISÃO INICIAL	SISTEMA CNJ
4	26/01/2021 14:46:26	RECEBIDOS OS AUTOS	SISTEMA CNJ
3	26/01/2021 14:46:26	REMETIDOS OS AUTOS PARA DISTRIBUIDOR Registro de Distribuição	SISTEMA CNJ
2	26/01/2021 14:46:26	PROCESSO ENCAMINHADO 6ª Vara Cível	SISTEMA CNJ
<div>[+]</div> 1	26/01/2021 14:46:25	JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL	Wallyson Barbosa Moura Advogado

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



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




11206 : Círculo. fcl

Troca acide eot  
f-tura prau

Hemolizante eot  
Caricli, f-tura em eot. Ab  
da f-tura eot eot eot eot  
one eot

TC : / Arma e eot  
Caricli eot.

de f-tura de eot eot

  
Dr. Josué Roberto  
Advogado de Defesa e Processo  
CRM-117

13551





Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PULQH P8GVN 76YBW A369D



## BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO	
Data: <u>24/10/18</u>	O.S. _____

*Plano Anterior Esquerdo*

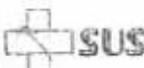
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura exposta do rádio - mão  
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Reparo do punho da mão  
TIPO DE INTERVENÇÃO: Exploração total da mão  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

QUIRURGO: Thiago Souza 1º AUXILIAR: Dr. Henrique  
2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: raiva  
ANESTESISTAS: R. Costa ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Punho e mão - avaliação completa
- 2) Punho e mão - avaliação completa
- 3) Punho e mão - avaliação completa
- 4) Punho e mão - avaliação completa
- 5) Punho e mão - avaliação completa
- 6) Punho e mão - avaliação completa



 Sistema Único da Saúde		Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>			
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		N° DO TELEFONE	
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							
<i>Acedente Transferido como ferimento Extense Penetrante e Exposição OSSA</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
<i>QIAURGIA</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
<i>Rx</i> <i>Rx Exposição III° Tibia</i>							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS			
<i>Fratura exposta III° Tibia</i>							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - N° DOCUMENTO 30 - CNIS/CPF DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
31 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 32 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 33 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
<i>Dr. Carlos E. A. (205)</i>							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTE OU VIOLENCIA)							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 36 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO				37 - N° DO BILHETE 38 - SÉRIE			
39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - CNPJ EMPRESA 41 - CHAE DA EMPRESA 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
43 - EMPREGADO 44 - EMPREGADOR 45 - AUTÔNOMO 46 - DESEMPREGADO 47 - APOSENTADO 48 - NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 50 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR 51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
52 - DOCUMENTO 53 - N° DOCUMENTO (CNIS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 55 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
<i>[Assinatura]</i>							



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Date: 24/10/18 O.S. \_\_\_\_\_

*João Alves Barbosa Filho*

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATORIO: Fratura exposta tíbia III° @

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: \_\_\_\_\_

TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteossíntese + LTTC

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Fratura Exposta

DIAGNÓSTICO OPERATORIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Dr. O. Augusto 1º AUXILIAR: Dr. Thiago Vassallo

2º AUXILIAR: LOANIR V INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

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

ANESTESISTA: Dr. Fabiano ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

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

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Incisão - & grande Ferimento com  
Desenvolvimento Extenso lesão  
muscular exposta osso  
lesão vascular  
Feito LTTC  
Fixação Externa 280 mm  
Tala TNC @

*Carlos Barbosa da Rosa*  
Médico  
CRM/R 480





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

*Emergência*  
**Maria Antônia Felipe de Souza**

**FICHA DE ANESTESIA**

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FNT 25 mg ev

Nº

24/10/18

AGENTES	DOSES	TECNICA	ANOTAÇÕES
1. Fentanyl	125 mcg	1. Oxi: 6L + INHALTORIA em	X Pré-oxigenação com O <sub>2</sub> 100%
2. Roc	35 mg	sistema com observação	de frequência 56/min
3. Propofol	20 mg	4. Ec <sub>g</sub>	3. Propofol 20mg + Roc 35 mg ev =
4. 3000/10000		ventilação controlada	inicial 25 mg ev
5.		pressurizada	4. Sat em tubo 7.0 mm c/wcp + fnt 30
6.			5. O <sub>2</sub> + respiração 4. Epiluma 5 mg ev
7.			* 100% O <sub>2</sub> + aspiração 10 O <sub>2</sub> - Pouco
8. 3000/10000			opressão torácica, hipotensão postural no momento
9.			em que foi posicionada p/ rotação automática - Opióides
10.			para manutenção da hemodinâmica / mudanças de técnica
11.			anestésica (concl. - geral)
12.			
13.			
14.			
15.			
16.			
17.			
18.			
19.			
20.			
21.			
22.			
23.			
24.			
25.			
26.			
27.			
28.			
29.			
30.			
31.			
32.			
33.			
34.			
35.			
36.			
37.			
38.			
39.			
40.			
41.			
42.			
43.			
44.			
45.			
46.			
47.			
48.			
49.			
50.			
51.			
52.			
53.			
54.			
55.			
56.			
57.			
58.			
59.			
60.			
61.			
62.			
63.			
64.			
65.			
66.			
67.			
68.			
69.			
70.			
71.			
72.			
73.			
74.			
75.			
76.			
77.			
78.			
79.			
80.			
81.			
82.			
83.			
84.			
85.			
86.			
87.			
88.			
89.			
90.			
91.			
92.			
93.			
94.			
95.			
96.			
97.			
98.			
99.			
100.			

Dr. Danelli

e Vascu

5. Atropina 0.5 mg +

propofol 1 mg ev

10. 100% O<sub>2</sub> / cateter - Enunciado  
100% O<sub>2</sub> / cateter - Enunciado



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

### FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		461	APT OU LEITO	Comercio	Nº DO PRONTUÁRIO	29003	DA
M <sup>re</sup> Antonia Felix de Souza						29/10/20	
TIPO		CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO			
TTO de fratura exposta de 3 <sup>o</sup> grau de		INICIO		FIM		TEMPO TOTAL	
Fibria (E)		13:30		14:55		35	
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA					
1º AUXILIAR		Dr Carlos Henrique (Btl.)		ANESTESISTA:		Dr Fabiano/Ana Maria	
2º AUXILIAR		Diego (3 <sup>o</sup> grau)		RES. ANESTESIA:		R. Danulle	
				INSTRUMENTADOR			
				CIRCULANTE			
TIPO DE ANESTESIA: Oxíal				TEMPO DE DURAÇÃO:		13:30 e 14:55 / 13:30 e 14:55	
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS			
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250			
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO			
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO GLUCOSADO A D-500			
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 7.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO VICRYLNº 2.0			
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.0		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO MONONYLON Nº 1			
<input type="checkbox"/>	LUVA ESTERIL 8.5		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº			
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVAS P/PROCEDIMENTOS		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº			
<input checked="" type="checkbox"/>	LÂMINA BISTURINº 22/24		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT SIMPLES Nº			
<input type="checkbox"/>	DRENO DE SUÇÃO Nº		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO CATGUT CROMADO Nº			
<input type="checkbox"/>	DRENO DE TORAX Nº		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO PROLENE Nº			
<input type="checkbox"/>	DRENO DE PENROSE Nº		<input checked="" type="checkbox"/>	FIO-SEDA Nº Nylon Nº 2.0			
<input type="checkbox"/>	SERINGA 01ML		<input checked="" type="checkbox"/>	SURGICEL Equipos macrogatos			
<input type="checkbox"/>	SERINGA03ML		<input checked="" type="checkbox"/>	CERA P/ OSO			
<input type="checkbox"/>	SERINGA05 ML		<input checked="" type="checkbox"/>	KIP-CATARATANº			
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GEOFOAM Equipos, sangue			
<input checked="" type="checkbox"/>	SERINGA20ML		<input checked="" type="checkbox"/>	FITA CARDIACA Gel condutor			
<input type="checkbox"/>	Cateter Os		<input checked="" type="checkbox"/>	OUTROS: Fio de p/ osteopatia			
1 TOT Nº 7				110ml D.O.S. tipo			
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE				
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS			
		Suellem / Bruno (Mmha)					
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		SUB- TOT/			
				TAXA DE SALA			
				TAXA DE ANESTESIA			
				SOM			
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE							



**SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**CENTRO CIRÚRGICO/SRPA**

[illegible]





**PRESCRIÇÃO DIÁRIA**

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



941034967

OK

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
<p>NOME DO PACIENTE <u>Lea Almeida Felix</u></p> <p>PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS</p>			
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	RELATÓRIO DE ENFERMAGEM
			OBSERVAÇÃO
24/10/18 11:10hrs	<p>2) A/V</p> <p>3) <del>Exatidão</del> <u>Exatidão</u></p> <p>4) Temperatura 36,8 EV</p> <p>5) Pulso 100 EV</p> <p>6) Pressão 120 x 80 EV</p> <p>7) Sinais vitais 100 x 80 EV</p> <p>8) Estado geral Bom</p> <p>9) CEC x SSV</p> <p>10) Placard de Bph 120/80</p> <p>11) Medicação 100 x 80 EV</p>	<p>SVD</p> <p>12</p> <p>13</p> <p>14</p>	<p>15</p> <p>16</p> <p>17</p> <p>18</p> <p>19</p> <p>20</p> <p>21</p> <p>22</p> <p>23</p> <p>24</p>

204.3

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA		HGR	
GOVERNO DO ESTADO DO RORAIMA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5h
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	CEFALOTINA 1G EV 6/8h				5h
4	TILATIL 20MG EV 12/12h				5h
5	DIPIRONA 500MG EV 6/6h				5h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				5h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				5h
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N				5h
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				5h
10	SS/V + CCGG 6/6 H				5h
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				5h
14	CURATIVO DIÁRIO				5h
15	Ceftriaxona 1 gr 12/12 EV				5h
16	Ceftriaxona 400 + 12/12 EV				5h
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),				
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA: BCB, LOPED  
Bon Poupção  
Transferir ao Bloco

SINAIS VITAIS	T	PA	FC
6 H			
12 H	36.1	103/70	86
13 H	37.0	111/69	119
24 H	37.0	110/60	100

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

Carlos Enrique La Rosa  
Médico  
CRM-RR 463

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Regulado  
para leito  
SLB/2043  
Regulação Interna 11:20

Nome: *Marina 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	<i>MARINA ANTÔNIA FÉLIX</i>																								
DIAGNÓSTICO	<i>FRACTURA TIBIA</i>																								
ALERGIAS																									
IDADE	<i>42</i>	HAS		DM2																					
ITEM		LEITO		DATA	<i>26/10/18</i>																				
PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																					
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>5ND</i>																				
2	AVP				<i>5ND</i>																				
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				<i>18-24-06</i>																				
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				<i>18-06</i>																				
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				<i>18-24-06</i>																				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				<i>5V</i>																				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				<i>5V</i>																				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>5V</i>																				
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N				<i>5V</i>																				
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>5V</i>																				
11	CURATIVO DIÁRIO				<i>5V</i>																				
12	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>5V</i>																				
13	<i>CIPROFLOXACINA 500mg 12/12h (12/18)</i>				<i>18-06</i>																				
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:																									
<div><div><i>06h realizado troca de AVP com glicose n: 20</i></div><div><i>Ponto vital</i> <i>sendo</i> <i>luz</i> <i>Dr. João A. Lopes Aguiar</i> <i>CRM-R 566</i></div></div>																									
<table border="1"><thead><tr><th>SINAIS VITAIS</th><th>PA</th><th>P</th><th>T</th></tr></thead><tbody><tr><td>6 H</td><td><i>115x60</i></td><td><i>107</i></td><td><i>36.4°C</i></td></tr><tr><td>10 H</td><td><i>110x67</i></td><td><i>109</i></td><td><i>36.6°C</i></td></tr><tr><td>18 H</td><td><i>120x79</i></td><td><i>106</i></td><td><i>36.5°C</i></td></tr><tr><td>24 H</td><td><i>113x70</i></td><td><i>100</i></td><td></td></tr></tbody></table> <div><i>12h. Verificados SSVV e administradas medicações C.P.M.</i></div>						SINAIS VITAIS	PA	P	T	6 H	<i>115x60</i>	<i>107</i>	<i>36.4°C</i>	10 H	<i>110x67</i>	<i>109</i>	<i>36.6°C</i>	18 H	<i>120x79</i>	<i>106</i>	<i>36.5°C</i>	24 H	<i>113x70</i>	<i>100</i>	
SINAIS VITAIS	PA	P	T																						
6 H	<i>115x60</i>	<i>107</i>	<i>36.4°C</i>																						
10 H	<i>110x67</i>	<i>109</i>	<i>36.6°C</i>																						
18 H	<i>120x79</i>	<i>106</i>	<i>36.5°C</i>																						
24 H	<i>113x70</i>	<i>100</i>																							



204-3

28/10/18

PANIS ANTONIO FELLY

1) Oletic 1000

1) Celabotinc 1000 6/11 - ~~18-18~~ 24-06

1) Dipirona 200 6/11 - ~~18-18~~ 24-06

1) TILATIL 200 12/11 - ~~18-18~~ 06-01

1) THALIC 1000 6/11 - SN

1) PLASMI 1000 6/11 - SN

7) CAPTOPRIL 250 11/11 - ~~18-18~~ 06-01

1) MAPITIDINA 400 6/11 - SN

1) CURATIN 1000

1) CIPROFLOXACINA 400 12/11 - ~~18-18~~ 06-01

1) CIP

Procedimento  
Lendo 1000

Dr. Joao Alves Barbosa Filho  
CMA-RR 565


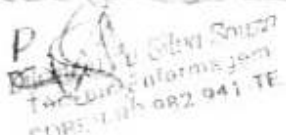
18h - PA: 110x70 mmHg, FC: 71 bpm

24h - PA: 104/69 P: 102 T: 36,5°C

06h - PA: 100x70 FC: 98 T: 36,5°C

Antonio Rodrigues  
Técnico em Enfermagem  
COBEN 100074228 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 FEUL				
DIAGNÓSTICO	FRATURA TÍBIA				
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS		DM2	
LEITO	204-3	DATA	28/10/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SD
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	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	CIPRO FLEX 1000 400 - 12/12/1				
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. Joao Alves Barbosa Filho CRM-RR 566					
SINAIS VITAIS					
TH					
TA					
FC					
SA					
Deficit de funcionamento Troca de					
 Hospital Geral de Roraima Também informamos para CORRELAÇÃO 082 941 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: **MARIA ANTONIA**

DIAGNÓSTICO: **FRATURA PERNA**

ALERGIAS: \_\_\_\_\_

IDADE: **42** HAS: \_\_\_\_\_ DM2: \_\_\_\_\_

LEITO: **704-7** DATA: **25/10/18**

**PRESCRIÇÃO**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	AVP	MANUTER
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H	12-18-24-06
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	SU
7	TRAMAL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SU
8	TRAMAL 10 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SU
9	TRAMAL 50MG DE 3/8H EV S/N	SU
10	TRAMAL 10 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SU
11	TRAMAL 10 mg VO DIÁRIO	SU
12	TRAMAL 10 mg VO 8/8h	MANUTER
13	ICIPROXALONE 400mg EV 12/12h	18-06
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 D/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

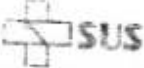
Perna curada  
Após novo procedimento

Dr. Joao Alves Barbosa Filho  
CRM-RR 566

SIGLA	VITAIS	TA	FC	T	FE
08H					
12H	120x70	87	36°C		
16H	114x76	107	37,4°C		
20H	103/65	100	36,8°C		

29-10-18 18:00h Pede deitadas no leito, consentido, realizou reduções dos tús 3-4-5-13 e 14 x P.I. segue em cuidados da enfermagem

Maria Cecília G. Figueira  
CRM-RR 387.445 TE

 <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério da Saúde</b>		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
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° SAÍDO)		12 - TELEFONE DE CONTATO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
15 - UF		16 - CEP	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
Paciente em tratamento de hipertensão arterial sistêmica, com quadro de insuficiência cardíaca congestiva, apresentando sintomas de dispnéia e edema de membros inferiores, necessitando de internação hospitalar para avaliação e tratamento adequado.			
<b>CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO</b>			
Cirurgia			
<b>PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)</b>			
Pr. perme. arterial			
<b>DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO</b>			
Fator de risco T2DM e obesidade			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
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		33 - N° DO REGISTRO DO CONSELHO	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
34 - CNPJ DA SEGURADORA		35 - N° DO BILHETE	
36 - CNPJ SINPASA		37 - SÉRIE	
38 - CNPJ SINPASA		39 - CNPJ DA EMPRESA	
40 - CNPJ DA EMPRESA		41 - CBOR	
<b>AUTORIZAÇÃO</b>			
42 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
46 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		47 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
48 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
50 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		51 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
52 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		53 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
54 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		55 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
56 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		57 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
58 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		59 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
60 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		61 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
62 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		63 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
64 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		65 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
66 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		67 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
68 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		69 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
70 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		71 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
72 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		73 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
74 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		75 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
76 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		77 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
78 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		79 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
80 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		81 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
82 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		83 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
84 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		85 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
86 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		87 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
88 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		89 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
90 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		91 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
92 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		93 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
94 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		95 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
96 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		97 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
98 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		99 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
100 - COD. ÓRGÃO EMISSOR		101 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	





## BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO	
Data: 21/10/18	O.S. _____

BOLETIM OPERATÓRIO
--------------------

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	Fratura exposta de tíbia + MCN
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:	HELC
TIPO DE INTERVENÇÃO:	Fixação interna com placa (hemostático)
COMPLICAÇÕES E ACIDENTES:	+ Exsanguinamento de esp. aberto
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:	2 incl.

QUIRÓFANO:	Dr. JPM	1º AUXILIAR:	_____
2º AUXILIAR:	_____	INSTRUMENTADORA:	_____
3º AUXILIAR:	_____	ANESTESIA:	HELC
ANESTESISTA:	Dr. FABIAN	ANESTÉSICO:	_____
INÍCIO:	_____	FIM:	_____
		DURAÇÃO:	_____

## RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente multóxico
- Asepsia, antissepsia
- Campos estéril
- Medico de tórax e pulmão
- 2 pontos de entrada e saída
- 1º e 2º pontos de entrada e saída
- Exsanguinamento de esp. aberto
- Curativo

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar  
CRM-RR 566

### FICHA DE ANESTESIA

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PULQH P8GVN 76YBW A369D





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

444 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	
TIPO		CIRURGIA			
Limpeza cirúrgica + fratura braço M.S. Esquerdo		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		10:30	11:30		
CIRURGIÃO		EQUIPE MÉDICA			
Dr. Jesus		ANESTESISTA: Dr. Fabiano			
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA: P. Bruno			
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE			
		Maurício / Angélio / Ovide			
TEMPO DE ANESTESIA: Rouque		TEMPO DE DURAÇÃO:			
SERIAL	MATERIAL	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	POVS COMPRESSAS 01/03 UNID		11	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	250ml
	FRASCOS- SORO			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			FIO VICRYL Nº	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			FIO MONONYLON Nº	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			FIO PROLENE Nº	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			FIO SEDA Nº	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			SURGICEL	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			CERA P/ OSSO	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			KIT CATARATA Nº	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			GEOFOAM	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			FITA CARDIACA Agulha p/ Ringer Nº 22	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			OUTROS: Eletrodes	
	FRASCOS- SORO GLICOSADO			100ml PU- TOPIC	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE			VALOR
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE			
		Suelen			
		Bruno			
CIRURGIÃO		CIRCULANTE DE SALA			
		Ovide			
		Maurício			
		Angélio			
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			

[illegible]

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	PACIENTE: <i>PAULA PHILIPPE</i>				
AGNOSTIC	AGNOSTIC: <i>FRAQUILIDADE TIBIAL + ...</i>				
ALERGIAS	NEGA	HAS	NÃO	DM2	NÃO
IDADE	44	LEITO	204	DATA	31/01/21
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 + SFO 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	SSVV - 300GG 6/6 H				→ SVD
12	CETILAXONA 1 G 6/6h				→ SVD
13	CIPROFLOXACINA 400mg 12/12h				→ SVD
14					
15					
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 V	PA	FC	FR	TEMP	MÉDICO 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	111/74	95		36,4	
24 H	103/64	106	19	36,4	

*Paciente Pa ...  
e bom ...*

*Dr. Jesus ...  
CRM-RR 556*



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				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				12 18 24 06
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				16 04
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				
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 DIARIO				
12	SSV + CCGG 6/6 H				
13	CEFTIAZOLIM 1 GR EV 12/12h				14 02
14	CLPR + FLORACIL 2007 18 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  
levando limpa

Dr. Joao Alves Barbosa Filho  
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  
apresentando sinais vitais normais




24 ps 87 x 55  
FC 104  
T 37.6

06 ps 87 x 60

9 Diana Rojen Weser  
Técnico em Enfermagem  
CRM-RR 556.07




HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		MARIA ALTO LIMA FELIX					
DIAGNÓSTICO		Fratura Externa F10.					
ALERGIAS		HAS					
IDADE		LEITO		DM2		DATA	
42		204-3				02/11/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE						SND
2	AVP						manh
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H						
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	RANITIDINA 30MG DE 8/8h EV S/N						
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
11	CURATIVO DIÁRIO						
12	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).						
13	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;						
14	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%						
15	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
16	CEFTIAZOLINA 1 G EV 12/12						12 18 24 06
17	CIPROFLOXACINA 400 mg EV 12/12						12 18 24 06
18							
19							
20							
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
Paciente estável Apresenta cicatriz							
 Dr. João A. Lopes Aguiar CRM-RR 356							
SINAIS VITAIS	PA	FC	TX				
6H	100x70	100	36.5				
12H							
18H	100x60	116	36.9				
24H	90x60	106	36.2				



 <div> HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  PRESCRIÇÃO MÉDICA </div>  			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	MARIA ALVES PENA		
DIAGNÓSTICO	Fratura tíbia		
ALERGIAS	42	HAS	DM2
IDADE	41	LEITO	204-3
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SAB 1
2	AVP		14:00
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H		18:00
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		24:00
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H		24:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		24:00
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 8/3H EV S/N		S/N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		S/N
11	CURATIVO DIÁRIO		14
12	SSVV + CCGG 6/6 H		
13	Ceftriaxona 1 GAI EV 12/12h		18:00
14	Ciprofloxacina 400mg EV 12/12h		14:00
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:			
<p>Plant e exame d pule, leito limpo</p> <p>Dr. João Alves Barbosa Filho CRM-RR 566</p>			
SINAIS VITAIS			
6 H			
12 H	108/66	90	37,1°C
18 H	94/63	106	37°C
24 H			




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

Dr. João Alves Barbosa Filho  
Técnico Enfermagem  
CRM-RR 982.941-TE

 <div> HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  PRESCRIÇÃO MÉDICA </div>  																							
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																				
PACIENTE	JANIA ALTORE FERN																						
DIAGNÓSTICO	Família T1Dm																						
ALERGIAS	HAS	DM2																					
IDADE	42	LEITO	204-7																				
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO																					
1	DIETA ORAL LIVRE	SVP.																					
2	AVP																						
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H	(S-1/1h)																					
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H	SUSP.																					
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H	18. 24. 30. 36. 42. 48.																					
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 DIÁRIO	curativo!																					
12	SSVv + CCGG 8/6 H	18. 24. 30. 36. 42. 48.																					
13	CIPROFLOXACINA 500 mg VO 12/12h	18. 24. 30. 36. 42. 48.																					
14	CIPROFLOXACINA 500 mg VO 12/12h	18. 24. 30. 36. 42. 48.																					
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:																							
<p>paciente eufórico</p> <p>pele</p> <p>Dr. João Alves Barbosa Filho</p> <p>CRM-RR 506</p>																							
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th></th> <th></th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>120x76</td> <td>102</td> <td>36.6</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>114x70</td> <td>96</td> <td>36.4</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>130x75</td> <td>90</td> <td>36.3</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>120x76</td> <td>94</td> <td>36.6</td> </tr> </tbody> </table>				SINAIS VITAIS				6 H	120x76	102	36.6	12 H	114x70	96	36.4	18 H	130x75	90	36.3	24 H	120x76	94	36.6
SINAIS VITAIS																							
6 H	120x76	102	36.6																				
12 H	114x70	96	36.4																				
18 H	130x75	90	36.3																				
24 H	120x76	94	36.6																				

204-3

204-3

		<b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b>					
		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b>					
		<b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>					
		<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		M A R C A P A T O L O G I A P E L E					
DIAGNÓSTICO		F R A N T U R A					
ALERGIAS		HAS		DM2			
IDADE		LEITO		DATA			
ITEM		PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE				SND	
2		AVP				MORF	
3		CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H				SND	
4		TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H				18 18 18	
5		DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H				18 18 18	
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		RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N					
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
11		CURATIVO DIARIO					
12		SSV + CCGG 6/6 H					
13		CEFTIAZOLAM 1 GR EV 12/12				18 18 18	
14		CIPROFLOXACINA 400 mg EV 12/12				18 18 18	
15							
16							
17							
18							
19		SE OMBLIGO 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 eufor  
pele neutra


Dr. José A. Lopes Aguiar  
CRM-R 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 91x72 115 36.5

Dr. Cecília G. P. Aguiar  
CRM-R 197 445 15

05.11.18 18:00  
Paciente admitido no leito  
conscientemente, realizado  
exame físico, realizado  
exame de laboratório  
- ECG - 11/11/18  
- ECG - 11/11/18

 <b>SUS</b> Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE		2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE		4 - CNES	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>			
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	
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>			
17 - PRINCIPAIS SINAIS E 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			
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			
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)	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>			
33 - ACIDENTE DE TRABALHO	34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO	35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO	36 - CNPJ DA SEGURADORA
37 - CNPJ EMPRESA			38 - N° DO BILHETE
39 - CNAE DA EMPRESA			40 - SÉRIE
41 - CBOR			42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR			
45 - DOCUMENTO			
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.trj.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLQH P8GVN 76YBW A369D





## BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 26/11/19

O.S. \_\_\_\_\_

PANELA PROPRIA  
FOLHA 1/100

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Necrose pele penis em

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: \_\_\_\_\_

TIPO DE INTERVENÇÃO: Limpeza cirúrgica + cicatrização

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: o mesmo

CIRURGIÃO: Dr. Javi

1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESIA: RAPI

ANESTESISTAS: Dr. AUR

ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_

FIM: \_\_\_\_\_

DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

### RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente insatisfeito
- Anestesia, cirúrgica
- Corte e sutura
- Início de hemorragia
- Execução da cirurgia
- 11, 12 e 13 de outubro
- Cuidados
- ATENÇÃO

Dr. Jesus A. Lopez Aguirre  
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Potência das Américas"

## FICHA DE ANESTESIA

**Paciente:** Maria Antônia F de Souza, 44a. **Data:** 06/11/18

**PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO**

**Agentes:** N 20, 15, 30, 45, 20, 15, 30, 45, 15, 30, 45, 15, 30, 45

**Líquidos Venosos:** A, M, S, P, 20, 30, 40, 50, 60, 70, 80, 90, 100, 110, 120, 130, 140, 150, 160, 170, 180, 190, 200, 210, 220, 230, 240

**DA X:** 240, 230, 220, 210, 200, 190, 180, 170, 160, 150, 140, 130, 120, 110, 100, 90, 80, 70, 60, 50, 40, 30, 20, 10, 0

**UISO:** 36, 34, 32, 30, 28, 26, 24, 22, 20, 18, 16, 14, 12, 10, 8, 6, 4, 2, 0

**Tem:** 36, 34, 32, 30, 28, 26, 24, 22, 20, 18, 16, 14, 12, 10, 8, 6, 4, 2, 0

**ASPIR:** A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z

**RESPI:** A, B, C, D, E, F, G, H, I, J, K, L, M, N, O, P, Q, R, S, T, U, V, W, X, Y, Z

**Simbols:** 125, 40, 2, 10

**Agentes:** Fantamil 100mg, Diazepam 5mg, chloralhydrate H. Herb 25, 26g de Quinacina 1/4, 1/2, 3/4, 1, 1 1/4, 1 1/2, 1 3/4, 2, 2 1/4, 2 1/2, 2 3/4, 3, 3 1/4, 3 1/2, 3 3/4, 4, 4 1/4, 4 1/2, 4 3/4, 5, 5 1/4, 5 1/2, 5 3/4, 6, 6 1/4, 6 1/2, 6 3/4, 7, 7 1/4, 7 1/2, 7 3/4, 8, 8 1/4, 8 1/2, 8 3/4, 9, 9 1/4, 9 1/2, 9 3/4, 10

**Doses:** 100mg, 5mg, 25, 26g, 1/4, 1/2, 3/4, 1, 1 1/4, 1 1/2, 1 3/4, 2, 2 1/4, 2 1/2, 2 3/4, 3, 3 1/4, 3 1/2, 3 3/4, 4, 4 1/4, 4 1/2, 4 3/4, 5, 5 1/4, 5 1/2, 5 3/4, 6, 6 1/4, 6 1/2, 6 3/4, 7, 7 1/4, 7 1/2, 7 3/4, 8, 8 1/4, 8 1/2, 8 3/4, 9, 9 1/4, 9 1/2, 9 3/4, 10

**Técnica:** Anestesia Geral, Intubação, Ventilação Mecânica, Monitorização, etc.

**Anotações:** 1 - Check List Anest. OK. 2 - Anest. Geral, Intubação, Ventilação Mecânica, Monitorização, etc. 3 - Sedação - Fantamil 100mg. 4 - Diazepam 5mg. 5 - Anest. Geral, Intubação, Ventilação Mecânica, Monitorização, etc.

**Glucose:** 100mg, 200mg, 300mg, 400mg, 500mg, 600mg, 700mg, 800mg, 900mg, 1000mg

**UISO:** 36, 34, 32, 30, 28, 26, 24, 22, 20, 18, 16, 14, 12, 10, 8, 6, 4, 2, 0

**Sangue:** 100ml, 200ml, 300ml, 400ml, 500ml, 600ml, 700ml, 800ml, 900ml, 1000ml

**Tempo de Anestesia:** 130 min

**Operação:** Desbridamento de área em M&B

**Perda Sanguínea:** 10ml



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	DA
Maria Antônia 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	Jerus	ANESTESISTA:		
2º AUXILIAR		RES. ANESTESIA: Bruno		
		INSTRUMENTADOR		
		CIRCULANTE		
TIPO DE ANESTESIA: Raquie		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS
<input type="checkbox"/>	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		<input type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 50ml
<input type="checkbox"/>	PACOTES GAZE		<input checked="" type="checkbox"/>	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 10ml - 20%
	SERINGA 01ML	+1ml		SURGICEL (Cloridina) 100mg
	SERINGA 03ML	+3ml		GERA/OSSE (Oximetilazina) 100mg
	SERINGA 05 ML	+5ml		KIT CATARATA
	SERINGA 10ML		<input checked="" type="checkbox"/>	GEOFOAM max-dese
	SERINGA 20ML		<input type="checkbox"/>	FITA CARDIACA max-dese
	1 agulha p/ raquie		<input type="checkbox"/>	OUTROS: cateter O2
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
		Alexandre	SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/ALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		Simone	TAXA DE ANESTESIA	
			SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

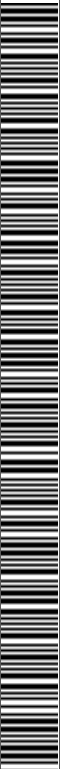




NOME: MARIA ANTONIA C. DE SOUZA

# 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.tjr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLQH P8GVN 76YBW A369D



## DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Data: 06/11/18

Reg. 44

Outros:

( ) Jemegênica ( ) U.T.I. 1

( ) Internação ( ) U.T.I. 2

( ) Outros:

Cirurgia Proposta:

1. Informações:

( ) jejum ( ) Pré-anestésico

( ) Jólus ( ) Intracath

( ) Banho ( ) Sangue

( ) Alegria ( ) Cardiopatia

( ) Exames ( ) Jasmídico

( ) Outros: Nenhum

2. Estado Emocional/ Mental

( ) Choro ( ) Sonolento

( ) Agitado

( ) Outros: Nenhum

3. Sinais Vitais:

T: 36.5 °C P: 70 bpm

FC: 100 PA: 120 mmHg

SAT: 98 % R: 18 rpm

( ) Regular ( ) Irregular

4. Condições de pele:

( ) JFAS ( ) Ferimento

( ) JFAC ( ) Queimadura

( ) JFIC ( ) Hemorragia

( ) JFIS ( ) Contusão

( ) JFIS ( ) Deformidade

( ) JFIS ( ) Deformidade

## TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala: 21:05

Início da Cirurgia: 21:40

Início Anestesia: 21:30

Término Cirurgia: 22:50

Saída S.O.: 22:50

Posicionamento: Posição

Cirurgia Realizada: Anestesia

Hidratação: Infundida

Antibiótico: Terapêutico

Nome: Dose: CH: 1

Plasma: 1

Plaquetas: 2

5. Outros: Nenhum

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

( ) Outros: Nenhum

Legenda:

1. Eletrodos

2. Condutor

3. PVC

4. Placa de Bisturi

5. Anestésico

E. Cateter

7. Monitor

8. SNG

10. Fio de Sutura

11. Outros

## SRPA

Cirurgia Realizada: Anestesia

Localização: Roule

1. Sonda

2. Curativo

3. Drene

4. Acesso Venoso

5. Outros

Balanco Hídrico

Entradas

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

SAE

Maria Antonia  
204-03

204-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE <b>MARIA ANTONIA FERREIRA</b>					
AGNOSTICO <b>RAMOS FILHO</b>					
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
ITEM		LEITO		DATA	
		224-7		06/11/20	
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				5:00
4	TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA				18:00
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				18:00
8	DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 6/6H				S/N
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				12:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12:00
11	SSV + CCGG 6/6 H				12:00
12	CURATIVO DIÁRIO				12:00
13	CEFTIAZOLAM 1GB c 12/12 CIP				12:00
14	CLINDAMICINA 600mg c 12/12				12:00
15					
16	- Dieta livre qm tolerar				
17	- Continuar com medicação				
18					
19					
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:					
PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO					
SINAIS VITAIS					
CM	PA	FC	FR	T	
12H	100/70	98		36,5	
15H	98/69	104	22	36,5	
18H	101/72	99		36,5	
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		DIH		DN	
PACIENTE	RAMA ANTONIA FELIZ				
DIAGNÓSTICO	FRATURA TÍBIA				
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS		DM2	
LEITO	204-03	DATA	07/11/2020		
PRESCRIÇÃO					
1	DIETA ORAL LIVRE				HORÁRIO
2	AVP				5:00
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H				MANTER
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	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	CEFTIAZOLIMA 1 G EV 12/12h (com a pct)				
14	CIPROFLOXACINA 400 - EV 12/12h				
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 leito evacuando e com estabilidade					
Dr. Joao Alves Barbosa Filho CRM-RR 505					
PA FC TX					
SINAIS VITAIS					
6 H					
12 H	107/68	99	36.1°C		
18 H	100/80	80	36.2°C		
24 H					
Paciente estável no leito com medicação administrada FC 90 - 13.14.16 p.m sem greixos durante o plantão					
Ivone Martins S. Araújo Téc. de Enfermagem CRM - RR 100.100-78 Guarã					

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PULQH P8GVN 76YBW A369D





204-03




204-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN			
PACIENTE		AMIA ALTEMA FELIX		FRAQUA + (BIO)			
DIAGNÓSTICO		HAS		DM2			
ALERGIAS		LEITO		DATA		09/11/19	
IDADE		204-3					
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	AVP					SND	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H					MANUTER	
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 8/3h (S/N)					SV Jolly	
8	CAFTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SV Jolly	
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 8/3 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:							
Paciente em tratamento definitivo							
Dr. João A. Lopes Aguiar							
PA FC TC							
SINAIS VITAIS	PA	FC	TC				
6 H	100/60	101					
12 H	126/89	100	35.9°C				
18 H	102x32	97	36.3°C				
24 H	100/60	96					




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



704-3

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>Serviço de Ortopedia e Traumatologia</b>																																		
PRESCRIÇÃO MÉDICA																																		
DATA DE ADMISSÃO			DIH		DN																													
PACIENTE			NAILIA PRIMO FILHO																															
DIAGNÓSTICO			Fratura fêmur																															
ALERGIAS																																		
IDADE			HAS		DM2																													
ITEM			LEITO		DATA																													
			PRESCRIÇÃO					HORÁRIO																										
1	DIETA ORAL LIVRE							SND																										
2	AVP							SND																										
3	CEFALOTINA 1G !AMP +AD EV DE 6/5H							12 18 21-06																										
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H							12 18 21-06																										
5	DIPIRONA 1AMF ÷ 8ML DE AD EV DE 6/6H							12 18 21-06																										
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA							SND																										
7	PLASIL 10 mg EV 3/8h (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	SSV + CCGG 6/5 H							M																										
13								rotina																										
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:																																		
<p>Paciente em R.A.</p> <p>Após cirurgia</p> <p>Dr. Jesus A. Lopes Aguiar CRM-RR 566</p>																																		
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>P.A</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TAx</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>120x70</td> <td>56</td> <td>15</td> <td>37.1°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>100x70</td> <td>99</td> <td>17</td> <td>36.7°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>70x60</td> <td>75</td> <td>17</td> <td>36.7°C</td> </tr> </tbody> </table> <p>Dr. Realizadora</p> <p>João Carlos da Silva Souza Técnico de Enfermagem Coren-RR 061 200.883</p> <p>Dr. Brando</p> <p>Dr. Brando</p>										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
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																														

204-3

 <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b> <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b> <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>		 	
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	DANIELA ANTONIA FELIX		
DIAGNÓSTICO	Fratura T10		
ALERGIAS			
IDADE	42	HAS	DM2
LEITO	204-3	DATA	11/10/18
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SNP
2	AVP		Manhã
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/5H		12h
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		12h
5	DIPIRONA 1AMP + 5ML DE AD EV DE 6/6H		12h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h 8E 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 DIÁRIO		Manhã
12	SSVV + CCGG 6/5 H		Manhã
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. Joao A. Lopes Aguiar  
CRM-RR 566

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	125/77	95	-	37,2°C
18 H	106/60	106		37°C
24 H				

EVOLUÇÃO MÉDICA:				
<p><i>Revisão em</i> <i>17/11/2017</i></p> <p style="text-align: right;"> <i>Dr. José A. Lopez Aguirre</i>            CRM-RR 365         </p>				
SINAIS VITAIS				
PA	110/70	97		99 <i>30°C</i>
FC	110	76	59	36.8
HR	113	100		36.0 <i>30°C</i>

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

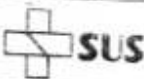


204-3  
120-9

204-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	TANIA ANTÔNIO FILI				
DIAGNÓSTICO	Fratura				
ALERGIAS					
IDADE	42	HAS		DM2	
LEITO	120-9	DATA	13/01/19		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
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 + COGG 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:					
<p>Plano terapêutico</p> <p>Após cirurgia</p> <p>Dr. Jesus de Lópes Aguiar CRM-RR 566</p>					
SINAIS VITAIS	PA	P	T	R	
6 H					
12 H	109x67	93	36.3c		
18 H	100x60	60	36.0		
24 H	100x64	97	36.0c		
06 H	100x65	90	36.0c		



 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde	<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			4 - CNES	
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b>				
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	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS			<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>	
			Paciente com alteração de função renal e para exames renal e pulm (9000000000)	
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO			Cirurgia	
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)			Pr para cirurgia renal e pulm	
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
Eleccutone e tipo de cirurgia				
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			Cirurgia	
26 - CLÍNICA			27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
Cirurgia			Urgência	
28 - DOCUMENTO			29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE	
( ) CNS ( ) CPF			5115195761212	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE			31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
João A. Lopes Assun			14/4/18	
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)			Dr. João A. Lopes Assun CRM 556	
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO				
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO				
36 - CNPJ DA SEGURADORA				
37 - Nº DO BILHETE				
38 - SÉRIE				
39 - CNPJ EMPRESA				
40 - CNIE DA EMPRESA				
41 - CBOR				
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
( ) EMPREGADO ( ) EMPREGADOR ( ) AUTÔNOMO ( ) DESEMPREGADO ( ) APOSENTADO ( ) NÃO SEGURADO				
<b>AUTORIZAÇÃO</b>				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - Cód. Órgão Emissor	
45 - DOCUMENTO			46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
( ) CNS ( ) CPF				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)	
14/4/18				
			49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
			0415040035 R02	



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 14/11/16 OS: \_\_\_\_\_

N.º da Prática Form

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Necrose de pele de perna  
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: \_\_\_\_\_  
TIPO DE INTERVENÇÃO: Elecutori + Ligeira cura  
COMPLICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O necr

PROFESSOR: Dr. Jern 1.º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
ANESTESIA: PAQU  
ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Paciente anestesiado
- Pele, cutânea
- Corte estéril
- Desbridamento e eletutori
- 4 1/2 T. de pele e perna
- Retirada de tecido morto
- Corte de pele e coleta - cura
- Curativo e gel
- AT: cura

Dr. João A. Lopes Aguiar  
CRM-RR 566



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Amazônia Potência dos Brasileiros"

H11:00 76h

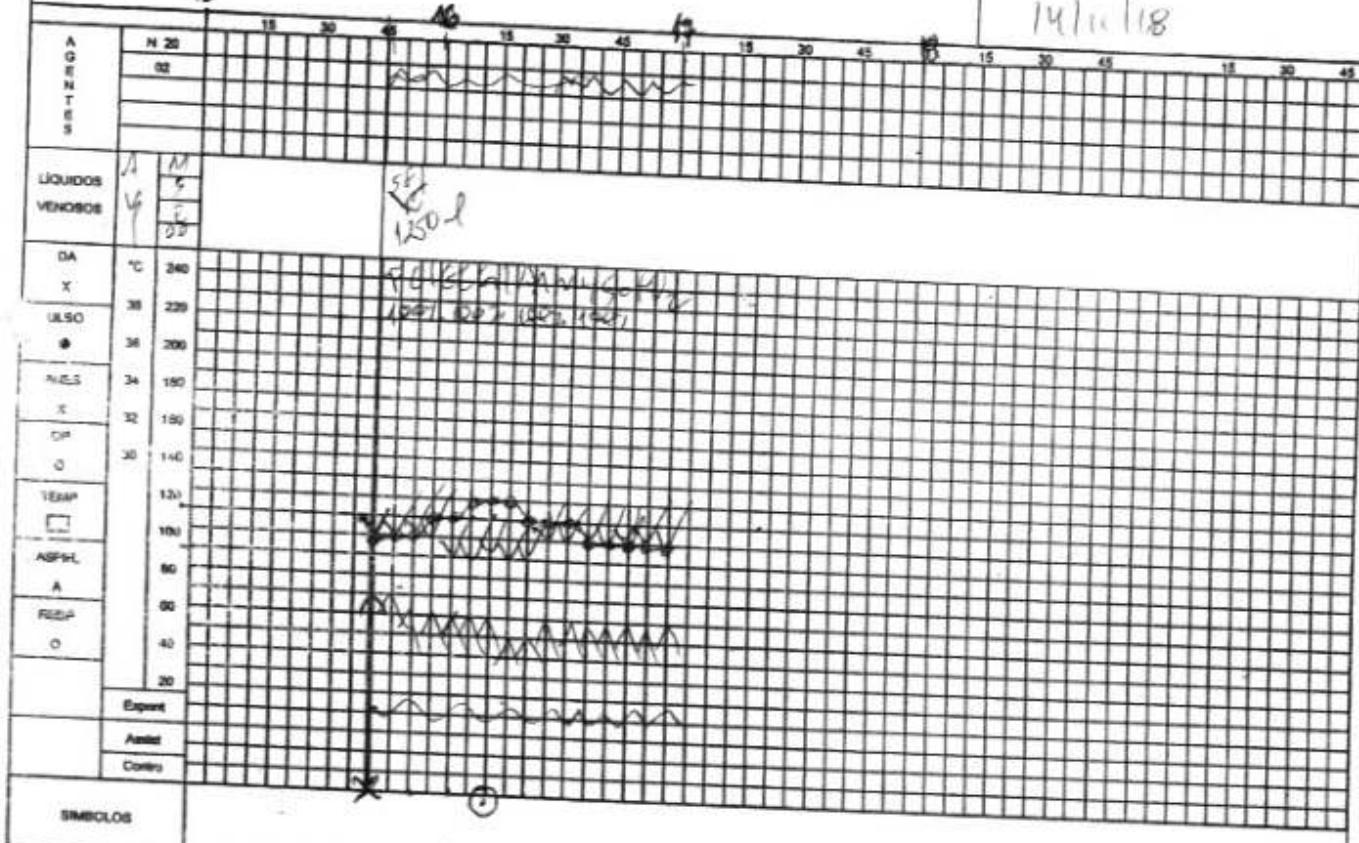
# FICHA DE ANESTESIA

Maria Antonia de Souza 44 anos P(IE) Alergia: 0

Nº 8V-RL  
14/11/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

5



AGENTES	DOSES	TÉCNICA
A Bupivacaína 12.5mg		Região hipotênica
B Midazolam 0.5mg		13-14, 15-16, 17-18, 19-20, 21-22, 23-24, 25-26, 27-28, 29-30, 31-32, 33-34, 35-36, 37-38, 39-40, 41-42, 43-44, 45-46, 47-48, 49-50, 51-52, 53-54, 55-56, 57-58, 59-60, 61-62, 63-64, 65-66, 67-68, 69-70, 71-72, 73-74, 75-76, 77-78, 79-80, 81-82, 83-84, 85-86, 87-88, 89-90, 91-92, 93-94, 95-96, 97-98, 99-100, 101-102, 103-104, 105-106, 107-108, 109-110, 111-112, 113-114, 115-116, 117-118, 119-120, 121-122, 123-124, 125-126, 127-128, 129-130, 131-132, 133-134, 135-136, 137-138, 139-140, 141-142, 143-144, 145-146, 147-148, 149-150, 151-152, 153-154, 155-156, 157-158, 159-160, 161-162, 163-164, 165-166, 167-168, 169-170, 171-172, 173-174, 175-176, 177-178, 179-180, 181-182, 183-184, 185-186, 187-188, 189-190, 191-192, 193-194, 195-196, 197-198, 199-200, 201-202, 203-204, 205-206, 207-208, 209-210, 211-212, 213-214, 215-216, 217-218, 219-220, 221-222, 223-224, 225-226, 227-228, 229-230, 231-232, 233-234, 235-236, 237-238, 239-240, 241-242, 243-244, 245-246, 247-248, 249-250, 251-252, 253-254, 255-256, 257-258, 259-260, 261-262, 263-264, 265-266, 267-268, 269-270, 271-272, 273-274, 275-276, 277-278, 279-280, 281-282, 283-284, 285-286, 287-288, 289-290, 291-292, 293-294, 295-296, 297-298, 299-300, 301-302, 303-304, 305-306, 307-308, 309-310, 311-312, 313-314, 315-316, 317-318, 319-320, 321-322, 323-324, 325-326, 327-328, 329-330, 331-332, 333-334, 335-336, 337-338, 339-340, 341-342, 343-344, 345-346, 347-348, 349-350, 351-352, 353-354, 355-356, 357-358, 359-360, 361-362, 363-364, 365-366, 367-368, 369-370, 371-372, 373-374, 375-376, 377-378, 379-380, 381-382, 383-384, 385-386, 387-388, 389-390, 391-392, 393-394, 395-396, 397-398, 399-400, 401-402, 403-404, 405-406, 407-408, 409-410, 411-412, 413-414, 415-416, 417-418, 419-420, 421-422, 423-424, 425-426, 427-428, 429-430, 431-432, 433-434, 435-436, 437-438, 439-440, 441-442, 443-444, 445-446, 447-448, 449-450, 451-452, 453-454, 455-456, 457-458, 459-460, 461-462, 463-464, 465-466, 467-468, 469-470, 471-472, 473-474, 475-476, 477-478, 479-480, 481-482, 483-484, 485-486, 487-488, 489-490, 491-492, 493-494, 495-496, 497-498, 499-500, 501-502, 503-504, 505-506, 507-508, 509-510, 511-512, 513-514, 515-516, 517-518, 519-520, 521-522, 523-524, 525-526, 527-528, 529-530, 531-532, 533-534, 535-536, 537-538, 539-540, 541-542, 543-544, 545-546, 547-548, 549-550, 551-552, 553-554, 555-556, 557-558, 559-560, 561-562, 563-564, 565-566, 567-568, 569-570, 571-572, 573-574, 575-576, 577-578, 579-580, 581-582, 583-584, 585-586, 587-588, 589-590, 591-592, 593-594, 595-596, 597-598, 599-600, 601-602, 603-604, 605-606, 607-608, 609-610, 611-612, 613-614, 615-616, 617-618, 619-620, 621-622, 623-624, 625-626, 627-628, 629-630, 631-632, 633-634, 635-636, 637-638, 639-640, 641-642, 643-644, 645-646, 647-648, 649-650, 651-652, 653-654, 655-656, 657-658, 659-660, 661-662, 663-664, 665-666, 667-668, 669-670, 671-672, 673-674, 675-676, 677-678, 679-680, 681-682, 683-684, 685-686, 687-688, 689-690, 691-692, 693-694, 695-696, 697-698, 699-700, 701-702, 703-704, 705-706, 707-708, 709-710, 711-712, 713-714, 715-716, 717-718, 719-720, 721-722, 723-724, 725-726, 727-728, 729-730, 731-732, 733-734, 735-736, 737-738, 739-740, 741-742, 743-744, 745-746, 747-748, 749-750, 751-752, 753-754, 755-756, 757-758, 759-760, 761-762, 763-764, 765-766, 767-768, 769-770, 771-772, 773-774, 775-776, 777-778, 779-780, 781-782, 783-784, 785-786, 787-788, 789-790, 791-792, 793-794, 795-796, 797-798, 799-800, 801-802, 803-804, 805-806, 807-808, 809-810, 811-812, 813-814, 815-816, 817-818, 819-820, 821-822, 823-824, 825-826, 827-828, 829-830, 831-832, 833-834, 835-836, 837-838, 839-840, 841-842, 843-844, 845-846, 847-848, 849-850, 851-852, 853-854, 855-856, 857-858, 859-860, 861-862, 863-864, 865-866, 867-868, 869-870, 871-872, 873-874, 875-876, 877-878, 879-880, 881-882, 883-884, 885-886, 887-888, 889-890, 891-892, 893-894, 895-896, 897-898, 899-900, 901-902, 903-904, 905-906, 907-908, 909-910, 911-912, 913-914, 915-916, 917-918, 919-920, 921-922, 923-924, 925-926, 927-928, 929-930, 931-932, 933-934, 935-936, 937-938, 939-940, 941-942, 943-944, 945-946, 947-948, 949-950, 951-952, 953-954, 955-956, 957-958, 959-960, 961-962, 963-964, 965-966, 967-968, 969-970, 971-972, 973-974, 975-976, 977-978, 979-980, 981-982, 983-984, 985-986, 987-988, 989-990, 991-992, 993-994, 995-996, 997-998, 999-1000, 1001-1002, 1003-1004, 1005-1006, 1007-1008, 1009-1010, 1011-1012, 1013-1014, 1015-1016, 1017-1018, 1019-1020, 1021-1022, 1023-1024, 1025-1026, 1027-1028, 1029-1030, 1031-1032, 1033-1034, 1035-1036, 1037-1038, 1039-1040, 1041-1042, 1043-1044, 1045-1046, 1047-1048, 1049-1050, 1051-1052, 1053-1054, 1055-1056, 1057-1058, 1059-1060, 1061-1062, 1063-1064, 1065-1066, 1067-1068, 1069-1070, 1071-1072, 1073-1074, 1075-1076, 1077-1078, 1079-1080, 1081-1082, 1083-1084, 1085-1086, 1087-1088, 1089-1090, 1091-1092, 1093-1094, 1095-1096, 1097-1098, 1099-1100, 1101-1102, 1103-1104, 1105-1106, 1107-1108, 1109-1110, 1111-1112, 1113-1114, 1115-1116, 1117-1118, 1119-1120, 1121-1122, 1123-1124, 1125-1126, 1127-1128, 1129-1130, 1131-1132, 1133-1134, 1135-1136, 1137-1138, 1139-1140, 1141-1142, 1143-1144, 1145-1146, 1147-1148, 1149-1150, 1151-1152, 1153-1154, 1155-1156, 1157-1158, 1159-1160, 1161-1162, 1163-1164, 1165-1166, 1167-1168, 1169-1170, 1171-1172, 1173-1174, 1175-1176, 1177-1178, 1179-1180, 1181-1182, 1183-1184, 1185-1186, 1187-1188, 1189-1190, 1191-1192, 1193-1194, 1195-1196, 1197-1198, 1199-1200, 1201-1202, 1203-1204, 1205-1206, 1207-1208, 1209-1210, 1211-1212, 1213-1214, 1215-1216, 1217-1218, 1219-1220, 1221-1222, 1223-1224, 1225-1226, 1227-1228, 1229-1230, 1231-1232, 1233-1234, 1235-1236, 1237-1238, 1239-1240, 1241-1242, 1243-1244, 1245-1246, 1247-1248, 1249-1250, 1251-1252, 1253-1254, 1255-1256, 1257-1258, 1259-1260, 1261-1262, 1263-1264, 1265-1266, 1267-1268, 1269-1270, 1271-1272, 1273-1274, 1275-1276, 1277-1278, 1279-1280, 1281-1282, 1283-1284, 1285-1286, 1287-1288, 1289-1290, 1291-1292, 1293-1294, 1295-1296, 1297-1298, 1299-1300, 1301-1302, 1303-1304, 1305-1306, 1307-1308, 1309-1310, 1311-1312, 1313-1314, 1315-1316, 1317-1318, 1319-1320, 1321-1322, 1323-1324, 1325-1326, 1327-1328, 1329-1330, 1331-1332, 1333-1334, 1335-1336, 1337-1338, 1339-1340, 1341-1342, 1343-1344, 1345-1346, 1347-1348, 1349-1350, 1351-1352, 1353-1354, 1355-1356, 1357-1358, 1359-1360, 1361-1362, 1363-1364, 1365-1366, 1367-1368, 1369-1370, 1371-1372, 1373-1374, 1375-1376, 1377-1378, 1379-1380, 1381-1382, 1383-1384, 1385-1386, 1387-1388, 1389-1390, 1391-1392, 1393-1394, 1395-1396, 1397-1398, 1399-1400, 1401-1402, 1403-1404, 1405-1406, 1407-1408, 1409-1410, 1411-1412, 1413-1414, 1415-1416, 1417-1418, 1419-1420, 1421-1422, 1423-1424, 1425-1426, 1427-1428, 1429-1430, 1431-1432, 1433-1434, 1435-1436, 1437-1438, 1439-1440, 1441-1442, 1443-1444, 1445-1446, 1447-1448, 1449-1450, 1451-1452, 1453-1454, 1455-1456, 1457-1458, 1459-1460, 1461-1462, 1463-1464, 1465-1466, 1467-1468, 1469-1470, 1471-1472, 1473-1474, 1475-1476, 1477-1478, 1479-1480, 1481-1482, 1483-1484, 1485-1486, 1487-1488, 1489-1490, 1491-1492, 1493-1494, 1495-1496, 1497-1498, 1499-1500, 1501-1502, 1503-1504, 1505-1506, 1507-1508, 1509-1510, 1511-1512, 1513-1514, 1515-1516, 1517-1518, 1519-1520, 1521-1522, 1523-1524, 1525-1526, 1527-1528, 1529-1530, 1531-1532, 1533-1534, 1535-1536, 1537-1538, 1539-1540, 1541-1542, 1543-1544, 1545-1546, 1547-1548, 1549-1550, 1551-1552, 1553-1554, 1555-1556, 1557-1558, 1559-1560, 1561-1562, 1563-1564, 1565-1566, 1567-1568, 1569-1570, 1571-1572, 1573-1574, 1575-1576, 1577-1578, 1579-1580, 1581-1582, 1583-1584, 1585-1586, 1587-1588, 1589-1590, 1591-1592, 1593-1594, 1595-1596, 1597-1598, 1599-1600, 1601-1602, 1603-1604, 1605-1606, 1607-1608, 1609-1610, 1611-1612, 1613-1614, 1615-1616, 1617-1618, 1619-1620, 1621-1622, 1623-1624, 1625-1626, 1627-1628, 1629-1630, 1631-1632, 1633-1634, 1635-1636, 1637-1638, 1639-1640, 1641-1642, 1643-1644, 1645-1646, 1647-1648, 1649-1650, 1651-1652, 1653-1654, 1655-1656, 1657-1658, 1659-1660, 1661-1662, 1663-1664, 1665-1666, 1667-1668, 1669-1670, 1671-1672, 1673-1674, 1675-1676, 1677-1678, 1679-1680, 1681-1682, 1683-1684, 1685-1686, 1687-1688, 1689-1690, 1691-1692, 1693-1694, 1695-1696, 1697-1698, 1699-1700, 1701-1702, 1703-1704, 1705-1706, 1707-1708, 1709-1710, 1711-1712, 1713-1714, 1715-1716, 1717-1718, 1719-1720, 1721-1722, 1723-1724, 1725-1726, 1727-1728, 1729-1730, 1731-1732, 1733-1734, 1735-1736, 1737-1738, 1739-1740, 1741-1742, 1743-1744, 1745-1746, 1747-1748, 1749-1750, 1751-1752, 1753-1754, 1755-1756, 1757-1758, 1759-1760, 1761-1762, 1763-1764, 1765-1766, 1767-1768, 1769-1770, 1771-1772, 1773-1774, 1775-1776, 1777-1778, 1779-1780, 1781-1782, 1783-1784, 1785-1786, 1787-1788, 1789-1790, 1791-1792, 1793-1794, 1795-1796, 1797-1798, 1799-1800, 1801-1802, 1803-1804, 1805-1806, 1807-1808, 1809-1810, 1811-1812, 1813-1814, 1815-1816, 1817-1818, 1819-1820, 1821-1822, 1823-1824, 1825-1826, 1827-1828, 1829-1830, 1831-1832, 1833-1834, 1835-1836, 1837-1838, 1839-1840, 1841-1842, 1843-1844, 1845-1846, 1847-1848, 1849-1850, 1851-1852, 1853-1854, 1855-1856, 1857-1858, 1859-1860, 1861-1862, 1863-1864, 1865-1866, 1867-1868, 1869-1870, 1871-1872, 1873-1874, 1875-1876, 1877-1878, 1879-1880, 1881-1882, 1883-1884, 1885-1886, 1887-1888, 1889-1890, 1891-1892, 1893-1894, 1895-1896, 1897-1898, 1899-1900, 1901-1902, 1903-1904, 1905-1906, 1907-1908, 1909-1910, 1911-1912, 1913-1914, 1915-1916, 1917-1918, 1919-1920, 1921-1922, 1923-1924, 1925-1926, 1927-1928, 1929-1930, 1931-1932, 1933-1934, 1935-1936, 1937-1938, 1939-1940, 1941-1942, 1943-1944, 1945-1946, 1947-1948, 1949-1950, 1951-1952, 1953-1954, 1955-1956, 1957-1958, 1959-1960, 1961-1962, 1963-1964, 1965-1966, 1967-1968, 1969-1970, 1971-1972, 1973-1974, 1975-1976, 1977-1978, 1979-1980, 1981-1982, 1983-1984, 1985-1986, 1987-1988, 1989-1990, 1991-1992, 1993-1994, 1995-1996, 1997-1998, 1999-2000, 2001-2002, 2003-2004, 2005-2006, 2007-2008, 2009-2010, 2011-2012, 2013-2014, 2015-2016, 2017-2018, 2019-2020, 2021-2022, 2023-2024, 2025-2026, 2027-2028, 2029-2030, 2031-2032, 2033-2034, 2035-2036, 2037-2038, 2039-2040, 2041-2042, 2043-2044, 2045-2046, 2047-2048, 2049-2050, 2051-2052, 2053-2054, 2055-2056, 2057-2058, 2059-2060, 2061-2062, 2063-2064, 2065-2066, 2067-2068, 2069-2070, 2071-2072, 2073-2074, 2075-2076, 2077-2078, 2079-2080, 2081-2082, 2083-2084, 2085-2086, 2087-2088, 2089-2090, 2091-2092, 2093-2094, 2095-2096, 2097-2098, 2099-2100, 2101-2102, 2103-2104, 2105-2106, 2107-2108, 2109-2110, 2111-2112, 2113-2114, 2115-2116, 2117-2118, 2119-2120, 2121-2122, 2123-2124, 2125-2126, 2127-2128, 2129-2130, 2131-2132, 2133-2134, 2135-2136, 2137-2138, 2139-2140, 2141-2142, 2143-2144, 2145-2146, 2147-2148, 2149-2150, 2151-2152, 2153-2154, 2155-2156, 2157-2158, 2159-2160, 2161-2162, 2163-2164, 2165-2166, 2167-2168, 2169-2170, 2171-2172, 2173-2174, 2175-2176, 2177-2178, 2179-2180, 2181-2182, 2183-2184, 2185-2186, 2187-2188, 2189-2190, 2191-2192, 2193-2194, 2195-2196, 2197-2198, 2199-2200, 2201-2202, 2203-2204, 2205-2206, 2207-2208, 2209-2210, 2211-2212, 2213-2214, 2215-2216, 2217-2218, 2219-2220, 2221-2222, 2223-2224, 2225-2226, 2227-2228, 2229-2230, 2231-2232, 2233-2234, 2235-2236, 2237-2238, 2239-2240, 2241-2242, 2243-2244, 2245-2246, 2247-2248, 2249-2250, 2251-2252, 2253-2254, 2255-2256, 2257-2258, 2259-2260, 2261-2262, 2263-2264, 2265-2266, 2267-2268, 2269-2270, 2271-2272, 2273-2274, 2275-2276, 2277-2278, 2279-2280, 2281-2282, 2283-2284, 2285-2286, 2287-2288, 2289-2



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
Maria Antônia de Souza, 44 <sup>as</sup>			14 / 11 / 18

TIPO	CIRURGIA	TEMPO DE DURAÇÃO
Limp. Cirúrgica Tibia (E)		INICIO FIM TEMPO TOTAL
		16:17 17:18

CIRURGIÃO	EQUIPE MÉDICA
Dr. Jesus	ANESTESISTA: Dr. Robson
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA: Dr. Pedro
	INSTRUMENTADOR

2º / ILIAR	CIRCULANTE
	Dr. Robson e Lourdes

TIPO DE ANESTESIA: Rápidi	TEMPO DE DURAÇÃO:
---------------------------	-------------------

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS 0,83 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTÉRIL 7.3			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTÉRIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 0	
1	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	Pum		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº 20	maior		FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº 3/0	
1	SERINGA 01ML - Cateter de G			SURGICEL	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSSEO - Lacerda p/ antitrompia	
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
1	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
1	SERINGA 20ML - Cateter de 10cm		1	FITA CARDIACA 2cm di clonidina	
	(Comprada pelo Paciente)			OUTROS: digimante	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Lourdes / Rebecca	SUB- TOTAL		
FUNÇÃO/CÁLCULO	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
	Robson	TAXA DE ANESTESIA		
	Dr. Robson e Lourdes	SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				

João Barbosa F



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

TRANSOPERATÓRIO

SRPA

Data: 13/11/18

Reg. idade: 44

Operação: Bico B

Intervenção: ( ) U.T.1.1

Intervenção: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Outros: ( ) U.T.1.2

Entrada de Sala Início da Anestesia Término Grupo Saída S.O.

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

16:17 15:30 17:10

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Operação Realizada: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

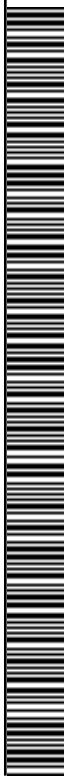
Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B

Localização: Bico B





204-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO				DIH		DN				
PACIENTE		MARIA ANTONIA FELIX								
DIAGNÓSTICO		Fratura T (Bx)								
ALERGIAS										
IDADE		42		HAS		DM2				
ITEM		LEITO		204-3		DATA		15/11/18		
		PRESCRIÇÃO						HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE						SND			
2	AVP						SND			
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H						SND			
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H						SND			
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H						SND			
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	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 DIARIO						SND			
12	SSV + CCGG 6/6 H						SND			
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:										
Paciente evoluindo bem										
Dr. Jesus L. Lopez Aguirre CRM-RR 366										
SINAIS VITAIS		PA	FC	Temp						
6 H										
12 H	100x60	88	36							
18 H	105x70	85	36							
24 H	100/60	59	36.8	36						
06	100/58	55	36.8							




SINAIS VITAIS	PA	P	R	T
6 H				
3:30 12 H	107/89	96		35.9°
18 H	104/70	112	—	38.3°
24 H	120/73	64		



18:00hs pet no leito aceitando medicações  
 Le horários pet febre feito medicação segue  
 aos cuidados da Enfi. Tec. Valite.

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	NAPHA ANTIO PEREIRA		
DIAGNÓSTICO	Fratura da tíbia		
ALERGIAS			
IDADE	HAS	DM2	
ITEM	LEITO	DATA	

**PRESCRIÇÃO**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	9h
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 6/6H	17h
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H	17h
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H	17h
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	17h
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	17h
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	17h
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N	17h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	17h
11	CURATIVO DIÁRIO	17h
12	SSVV + CCGG 6/6 H	17h
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20	<b>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.</b>	

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Paciente eufórico  
Apresenta dor

Dr. João A. Barbosa Filho  
CBO 356

SINAIS VITAIS				
6 H				
12 H	116x74	99	17	35,5°C
18 H	100x66	94	16	35,8°C
24 H	100x60	96		
66	90x60	93		36,3°C
				35,7°C

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		MARIA ANTONIA FOLLY			
DIAGNÓSTICO		FRATURA TÍBIA			
ALERGIAS					
IDADE		HAS		DM2	
42		LEITO		DATA	
204-3		19/11/19			
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP			D 5N	
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H			D Manter	
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			D 5N	
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H			D 5N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			D 5N	
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			D 5N	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			D 5N	
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			D 5N	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			D 5N	
11	CURATIVO DIÁRIO			D 5N	
12	SSV + CCGG 6/6 H			D Rotina	
13	Tramadol 50mg 2g @ 6h 8h			D 5N	
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 em repouso					
Tend. limpo					
20/11/19					
MTE c-ndice					
Dr. Jesus A. Lopes Aguiar					
PA FC T2C					
SINAIS VITAIS					
6 H					
12 H	120x80	54	36.6		
18 H	126x74	102	36.4		
24 H	130x82	100	35.9		
1 L					

1-PUT em LEITO, atendimento adequado  
e SSVV c.p.m. e segue aos cuidados  
da enf.

Denisson Elias Braga  
COREN-RR COL105.031 TE

Dr. Jesus A. Lopes Aguiar  
COREN-RR 556

# FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO CENTRO CIRÚRGICO

NOME: Maria Antônia Felix de Souza

DATA DE NASCIMENTO: 08.10.1974

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	<u>24/10/2018</u>				
Nº BOLSA:	<u>0114181001013</u>		VOLUME: <u>100 ml</u>		
BOLSA:	ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>			
PACIENTE:	ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>			
SINAIS VITAIS:					
INICIO:	<u>13:45</u>	h.T: <u>-</u>	PA: <u>120/80</u>	P: <u>84</u>	FR <u>14</u>
MEIO (15MIN):	<u>14:00</u>	h.T: <u>-</u>	PA: <u>120/80</u>	P: <u>84</u>	FR <u>14</u>
FIM:	<u>14:16</u>	h.T: <u>-</u>	PA: <u>120/80</u>	P: <u>84</u>	FR <u>14</u>
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u>Dr. Maria</u>					
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: <u>Dr. Maria</u>					
CRM: <u>Dr. Maria Pinto</u> Anestesista CRM/RR - 308					

Visto pela  
Hemovigilância

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	<u>24/10/2018</u>				
Nº BOLSA:	<u>0114181010017</u>		VOLUME: <u>100 ml</u>		
BOLSA:	ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>			
PACIENTE:	ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>			
SINAIS VITAIS:					
INICIO:	<u>14:26</u>	h.T: <u>-</u>	PA: <u>120/80</u>	P: <u>84</u>	FR <u>14</u>
MEIO (15MIN):	<u>14:40</u>	h.T: <u>-</u>	PA: <u>120/80</u>	P: <u>84</u>	FR <u>14</u>
FIM:	<u>14:50</u>	h.T: <u>-</u>	PA: <u>120/80</u>	P: <u>84</u>	FR <u>14</u>
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u>Dr. Maria</u>					
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: <u>Dr. Maria</u>					
CRM: <u>Dr. Maria Pinto</u> Anestesista CRM/RR - 308					

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	<u>24/10/18</u>				
Nº BOLSA:	<u>0114181010035</u>		VOLUME: <u>200 ml</u>		
BOLSA:	ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>			
PACIENTE:	ABO: <u>A</u>	FATOR Rh: <u>+</u>			
SINAIS VITAIS:					
INICIO:	<u>15:40</u>	h.T: <u>-</u>	PA: <u>120/80</u>	P: <u>84</u>	FR <u>12</u>
MEIO (15MIN):	<u>16:00</u>	h.T: <u>-</u>	PA: <u>120/80</u>	P: <u>84</u>	FR <u>13</u>
FIM:	<u>16:00</u>	h.T: <u>-</u>	PA: <u>120/80</u>	P: <u>84</u>	FR <u>14</u>
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u>Dr. Maria</u>					
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU: <u>Dr. Maria</u>					
CRM: <u>Dr. Maria Pinto</u> Anestesista CRM/RR - 308					

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE					
DATA:	/ /				
Nº BOLSA:			VOLUME:		
BOLSA:	ABO:	FATOR Rh:			
PACIENTE:	ABO:	FATOR Rh:			
SINAIS VITAIS:					
INICIO:	h.T:	PA:	P:	FR	
MEIO (15MIN):	h.T:	PA:	P:	FR	
FIM:	h.T:	PA:	P:	FR	
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU:					
MÉDICO QUE TRANSFUNDIU:					
CRM:					

OBS: ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA





GOVERNO DO ESTADO  
FUNDAÇÃO PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS  
COORDENADORIA GERAL DE ATENÇÃO ESPECIAL  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME: NARIN

ANTONIO FERREIRA

RECEBUEIRO

Bo Juntamento  
15

Gr. Furtar exporand  
perme e.

R. ANALCOTI.  
ALORCANOM  
Tornade

DATA 18/12/16  
  
Dr. Joao A. Lopez Aguirre  
CRM-RS 566  
Assessoria e Consultoria

CLÍNICA ESPECIALIZADA CERVICAL MOTTA  
Rua Coronel Pinheiro, 536 - Centro - Jd. Vila Tel.  
12.711-111 - 12.711-111 - 12.711-111







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A Vontade Faz Acontecer"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: **Maria Antonia Felix De Souza**

Solicitação: 10043551

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1974

Idade: 44 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Sector: PAAR

Leito: NÃO INFORMADO

Data de Emissão: 24/10/2018 08:37

Recebimento:

Amostra: 1004355103

### Resultado de Exame

## HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

### LEUCOGRAMA

#### Resultado

#### Referência

LEUCÓCITOS

19.28 x10<sup>3</sup>/uL

4.0 - 10.0 x10<sup>3</sup>/uL

NEUTRÓFILOS

71.60 %

50.0 - 70.0 %

LINFÓCITOS

19.70 %

20.0 - 40.0 %

MONÓCITOS

4.50 %

3.0 - 12.0 %

EOSINÓFILOS

4.00 %

0.5 - 5.0 %

BASÓFILOS

0.20 %

0.0 - 1.0 %

### ERITROGRAMA

3.85 x10<sup>6</sup>/uL

3.9 - 5.03 x10<sup>6</sup>/uL

10.90 g/dL

12.0 - 16.0 g/dL

34.40 %

35.0 - 45.0 %

89.30 ug/L

77.0 - 101.0 ug/L

28.30 pg

27.0 - 34.0 pg

31.70 g/dL

28.0 - 33.0 g/dL

12.30 %

11.0 - 16.0 %

46.50 fL

35.0 - 56.0 fL

### PLAQUETOGRAMA

236.00 x10<sup>3</sup>/uL

150.0 - 400.0 x10<sup>3</sup>/uL

9.60 fL

6.5 - 12.0 fL

16.00

9.0 - 17.0

0.226 %

1.08 - 2.82 %

Sumaika Lima dos Reis

Bioquímico

CRF-RR 465

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2121 - 0640  
Email: hgrlab@yahoo.com.br

24/10/2018 14:52

(\*) Retificado

Página 1 de 4



GOVERNO DE  
**RORAIMA**  
A VONTADE FAZ ACONTECER





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A Vontade Faz Acontecer"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: <b>Maria Antonia Felix De Souza</b>	Sexo: Feminino	Nasc: 08/10/1974	Idade: 44 ANO
Solicitação: 10043551	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Setor: PAAR	Leito: NÃO INFORMADO	
Data de Emissão: 24/10/2018 08:37	Recebimento:		

TGP	Resultado de Exame	
	33.68 U/L	5.0 - 35.0 U/L

### DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA	Resultado	Referência
	41.15 mg/dL	15.0 - 40.0 mg/dL

### PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Métodologia: M22 - Imunoturbidimetria

PROTEÍNA C REATIVA	Resultado	Referência
	2.79 mg/L	0.0 - 8.0 mg/L

### DOSAGEM DE ALBUMINA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M12 - Verde De Bromocresol

ALBUMINA SÉRICA	Resultado	Referência
	3.99 g/dL	3.5 - 5.5 g/dL

#### Notas

- 1º O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnóstico bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;
- 2º Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;
- 3º Este exame sofre grande influência de lipemia, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil.

### IONOGRAMA

Material: SORO

Métodologia: M23 - Eletrodo Ion Seletivo

CÁLCIO IÔNICO	Resultado	Referência
	1.08 mmol/L	1.17 - 1.32 mmol/L
POTÁSSIO	3.70 mmol/L	3.5 - 5.1 mmol/L
SÓDIO	141.00 mmol/L	135.0 - 145.0 mmol/L
CLORO	106.00 mmol/L	98.0 - 107.0 mmol/L

Thaylor O. Taveiro Santos  
Bioquímico  
CRF-RR 593

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Junior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3368 - Aeroporto  
CEP: 69 316-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2121 - 0640  
Email: hgrlab@yahoo.com.br

24/10/2018 14:52

(\*) Retificado

Página: 4 de 4



GOVERNO DE  
RORAIMA  
A VONTADE FAZ ACONTECER.





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A Vontade Faz Acontecer"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: <b>Maria Antonia Felix De Souza</b>	Sexo: Feminino	Nasc: 08/10/1974	Idade: 44 ANO
Solicitação: 10043551	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HGR	Sector: PAAR	Leito: NÃO INFORMADO	
Data de Emissão: 24/10/2018 08:37	Recebimento:		

Amostra: 1004355102

### Resultado de Exame

## COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	11,30 seg	10,0 - 14,0 seg
RNI	0,98	0,8 - 1,2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	22,60 seg	25,0 - 39,0 seg
RATIO	0,71	0,75 - 1,22

### Notas

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

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

Sumaika Lima dos Reis  
Bioquímico  
CRF-RR 465

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2121 - 0640  
Email: hgrlab@yahoo.com.br

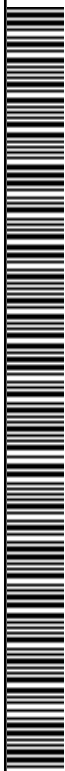
24/10/2018 14:52

(\*) Retificado

Página: 2 de 4



GOVERNO DE  
**RORAIMA**  
A VONTADE FAZ ACONTECER





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A Vontade Faz Acontecer"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: **Maria Antonia Felix De Souza**

Solicitação: 10043551

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 08/10/1974

Idade: 44 ANO

Origem: HGR

Solicitante:

Setor: PAAR

Leito: NÃO INFORMADO

Data de Emissão: 24/10/2018 08:37

Recebimento:

Amostra: 1004355101

### Resultado de Exame

## DOSAGEM DE BILIRRUBINA TOTAL E FRACÇÕES

Material: SORO

Métodologia: M03 - Colorimétrico (diazot)

BILIRRUBINA TOTAL

Resultado  
0.25 mg/dL

Referência  
0.1 - 1.2 mg/dL

BILIRRUBINA DIRETA

0.12 mg/dL

0.0 - 0.4 mg/dL

BILIRRUBINA INDIRETA

0.13 mg/dL

0.1 - 0.8 mg/dL

### Notas

1° O Núcleo de Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios diagnósticos bioquímicos e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica; amostras coletadas incorretamente podem levar a resultados falsos;

2° Exames bioquímicos devem ser realizados preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas;

3° Este exame sofre grande influência de Hemólises, nestes casos sugerimos nova avaliação para confirmação do perfil.

## DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

Resultado  
1.01 mg/dL

Referência  
0.6 - 1.2 mg/dL

### Notas

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

## DOSAGEM DE DESIDROGENASE LÁTICA SÉRICA (LDH)

Material: SORO

Métodologia: M13 - Cinético Uv

LDH

Resultado  
524.58 U/L \*

Referência  
200.0 - 480.0 U/L

## DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

GLICOSE BASAL

Resultado  
134.31 mg/dL

Referência  
60.0 - 99.0 mg/dL

## DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-OXALACETICA (TGO)

Material: SORO

Métodologia: M06 - Enzimático Colorimétrico

TGO

Resultado  
76.42 U/L

Referência  
5.0 - 35.0 U/L

## DOSAGEM DE TRANSAMINASE GLUTAMICO-PIRUVICA (TGP)

Material: SORO

Métodologia: M16 - Cinético Uv (sem Piridoxal)

Resultado

Referência

Thaylor O. Taveiro Santos

Bioquímico

CRF-RR 593

\*Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Junior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

\*Correção do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Endereço: Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
9.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
(95) 2121 - 0640  
tab@yahoo.com.br

24/10/2018 14:52

(\*) Retificado

Página 3 de 4



GOVERNO DE  
RORAIMA  
A VONTADE FAZ ACONTECER





Laboratório  
**Boa Vista**

Paciente: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Dr(a): BRUNO THIAGO

Data da Entrada: 11/03/2019

Acomodação/leito C RG:

Pedido: 010015450

Idade: 44A 7M 1D

Convênio: PARTICULAR

CPF:

## Hemograma Completo

Data de Coleta: 11/03/2019 14:59

Material biológico: Sangue Total/EDTA

### SÉRIE VERMELHA

Hemácias	3,58 milh./mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	9,3 g/dL
Hematócrito	30,5 %
V.C.M.	85,2 fL
H.C.M.	26,0 pg
C.H.C.M.	30,5 g/dL
R.D.W.	17,0 %

### Valores Referenciais

4,04 a 6,5

12,2 a 18,1

35,5 a 53,7

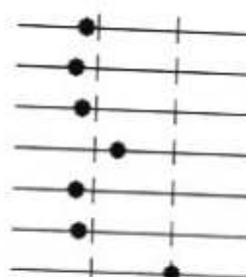
80,0 a 97,0

27,0 a 31,2

31,8 a 35,4

12,0 a 15,0

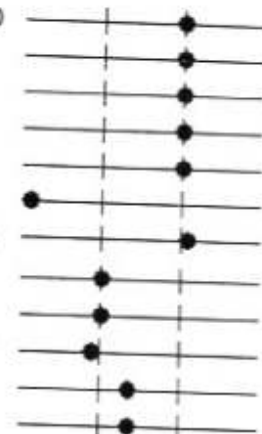
Método: Automatizado



### SÉRIE BRANCA

	%	/mm <sup>3</sup>
Leucócitos		15.350
Blastos	0	0
Pró-mielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	0	0
Segmentados	90	13.815
Eosinófilos	0	0
Basófilos	0	0
Linfócitos	7	1.075
Linfócitos Atípicos	0	0
Monócitos	3	461
Plaquetas	251.000	mm <sup>3</sup>

%	/mm <sup>3</sup>
	4.600 a 10.200
0	0
0	0
0	0
0	0
1 a 5	150 a 600
30 a 60	1.380 a 6.120
0 a 7	0 a 714
0 a 2	0 a 204
25 a 45	1.150 a 4.590
0	0
0 a 12	0 a 1.224
	140 a 400.000 /mm <sup>3</sup>



V.P.M. 8,5

7,0 a 10,0

Observação: Discreta Eritropenia, Presença de Hemácias Hipocrômicas (++), Presença de Hemácias Microcíticas (+), Aumentada Leucocitose e Aumentada Neutrofilia.

Indira Ohsana Ferreira Souza  
CRF/RR 733

Rua: José Coelho nº 72 Bloco C, 2º Andar, Sala A - Centro CEP: 69301-300  
Fone: (95) 3224-8263 - Boa Vista-RR  
Email: laboratorio.boavista@hotmail.com - Site: www.laboratorioboavista.com.br





Laboratório  
**Boa Vista**

Paciente: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Dr(a): HENRIQUE JOSE SCHIAVETO

Data da Entrada: 12/03/2019

Acomodação/leito C 13 RG:

Pedido: 010015465

Idade: 44A 7M 2D

Convênio: PARTICULAR

CPF:

## Hemograma Completo

Data de Coleta: 12/03/2019 08:03

Material biológico: Sangue Total/EDTA

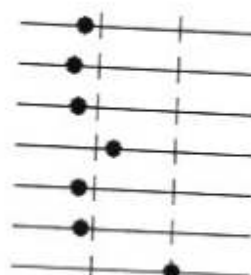
### SÉRIE VERMELHA

Hemácias	3,34 milh./mm <sup>3</sup>
Hemoglobina	8,9 g/dL
Hematócrito	28,0 %
V.C.M.	83,8 fL
H.C.M.	26,6 pg
C.H.C.M.	31,8 g/dL
R.D.W.	16,5 %

### Valores Referenciais

4,04 a 6,5
12,2 a 18,1
35,5 a 53,7
80,0 a 97,0
27,0 a 31,2
31,8 a 35,4
12,0 a 15,0

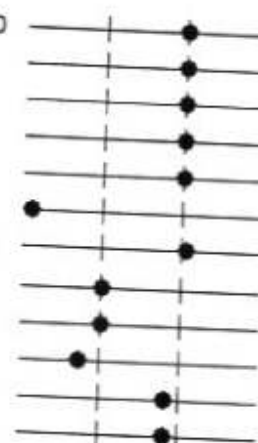
Método: Automatizado



### SÉRIE BRANCA

	%	/mm <sup>3</sup>
Leucócitos		14.720
Blastos	0	0
Pró-mielócitos	0	0
Mielócitos	0	0
Metamielócitos	0	0
Bastonetes	0	0
Segmentados	87	12.806
Eosinófilos	0	0
Plasmócitos	0	0
Linfócitos	6	883
Linfócitos Atípicos	0	0
Monócitos	7	1.030

	%	/mm <sup>3</sup>
		4.600 a 10.200
	0	0
	0	0
	0	0
	0	0
	1 a 5	150 a 600
	30 a 60	1.380 a 6.120
	0 a 7	0 a 714
	0 a 2	0 a 204
	25 a 45	1.150 a 4.590
	0	0
	0 a 12	0 a 1.224



Plaquetas: 223.000

mm<sup>3</sup>

140 a 400.000 /mm<sup>3</sup>

V.P.M.: 9,2

7,0 a 10,0

Observação: Discreta Eritropenia, Presença de Hemácias Hipocrômicas (+), Presença de Raras Hemácias Microcíticas, Aumentada Leucocitose e Aumentada Neutrofilia.

Indira Ohsana Ferreira Souza  
CRF/RR 733

Rua: José Coelho nº 72 Bloco C, 2º Andar, Sala A - Centro CEP: 69301-300

Fone: (95) 3224-8263 - Boa Vista-RR

Email: laboratorio.boavista@hotmail.com - Site: www.laboratorioboavista.com.br





Av. Mario Homem de Melo, 5435  
REGISTRO CRM/RR: 000061-RR  
RT Dr. Vanderlei S. Oliveira CRM/RR 1069

CNPJ: 04.788.312/0001-85  
CNEB: 6633668

Nome: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA  
Medico: NÃO INFORMADO

Pedido: 0040011314  
Idade: 44ano(s)  
Coleta: 22/01/2019

**EXAME .....: HEMOGRAMA**

METODO .....: Automatizado  
AMOSTRA .....: Sangue total (EDTA)

**Eritrograma:**

Hemácias .....: 3.99 mm<sup>3</sup>  
Hemoglobina .....: 9,0 g/dl  
Hematócrito .....: 31,3 %  
V.C.M. ....: 78,45 fl  
H.C.M. ....: 22,56 pg  
C.H.C.M. ....: 28,75 %  
RDW .....: 14,4 %

**Intervalo de Referência :**

MULHER:	HOMEM:
4,0 a 5,2 x 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>	4,5 a 5,9 x 10 <sup>6</sup> /mm <sup>3</sup>
12 a 16 g%	13,5 a 17,5 g%
35 a 46 %	41 a 53 %
80 a 100 fl	80 a 100 fl
26 a 34 pg	26 a 34 pg
31 a 36 %	31 a 36 %
11,5 a 15 %	11,5 a 15 %

**Leucograma:**

Global .....: 5.620 / mm<sup>3</sup>

3,5 a 10 x 10<sup>3</sup>/mm<sup>3</sup>

Diferencial	.....%.....	.....mm <sup>3</sup> .....
Neut. Metamielocitos.:	%	
Neut. Bastonetes.....:	0,0 %	0
Neut. Segmentados.....:	45,9 %	2.580
Eosinófilos.....:	2,2 %	124
Basófilos.....:	0,5 %	28
Linfócitos.....:	44,0 %	2.470
Monócitos.....:	7,4 %	416
Blastos.....:	0,0 %	0

...mm<sup>3</sup>...  
0 a 0  
Ate 840  
1.700 a 8.000  
50 a 500  
Ate 100  
900 a 2.900  
300 a 900  
0 a 0

Plaquetas.....: 363.000 mm<sup>3</sup>

RDW: Fator de variação dos diâmetros dos eritrócitos.

Anemia normocrômica normocítica

Damares Sales P. Ribeiro  
Farmacêutica-Bioquímica  
CRF/RR-464





GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
Centro de Cardiologia e Diagnóstico por Imagem de Roraima – CCD/RR  
Hemodinâmica

PACIENTE: **MARIA ANTÔNIA FELIX DE SOUSA**  
IDADE: **44 anos**  
MÉDICO SOLICITANTE: **Dr. Henrique**

EXAME Nº.: **548**  
DATA: **31/01/2019**

### ARTERIOGRAFIA DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO

Exame realizado pela técnica de *Seldinger* por punção percutânea da artéria femoral esquerda e posterior cateterismo seletivo das artérias ilíacas comuns, evidenciando-se:

Bifurcação aorto-ilíaca de aspecto anatômico.

Artérias ilíacas comum, externa, interna, femorais comum, superficial, profunda e poplitea pèrvias, com trajeto, calibre e contornos normais.

Tronco tibio-fibular, artéria tibial posterior e arco plantar do pé pèrvios, sem alterações aparentes.

Oclusão no terço distal da artéria tibial anterior (nível da fratura metafisária distal da tibia).

Oclusão no terço proximal da artéria fibular com reenchimento retrogrado do terço distal por colaterais.

Artéria pediosa não opacificada.

OBS.: Fratura do terço proximal e distal da diáfise da fíbula e metáfise distal da tibia. Fratura comitativa com fragmento em asa de borboleta no terço proximal da diáfise da tibia.

Presença de fixador externo na tibia.

**Dr. Marcelo Botelho de Oliveira**  
Radiologista  
CRM 682 /RR

**Dr. Camilo Botelho de Oliveira**  
Radiologista  
CRM 1355/RR



AVENIDA BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, Nº 3510  
CAMPUS DO PARICARANA - CEP 69304-350  
Tel (0xx95) 3623-2431, (0xx95) 3623-2454  
Email: [cdrroraima@gmail.com](mailto:cdrroraima@gmail.com)







SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
COORDENADORIA GERAL DE URGÊNCIA E EMERGÊNCIA  
HOSPITAL CORONEL MOTA

FICHA DE INTERCONSULTA

PACIENTE Marie Antonio Felix de Sousa PRONTUÁRIO 219094-08  
IDADE 44 SEXO M TELEFONE 99116-2815  
99163-8288

HISTÓRIA CLÍNICA

Pte vítima de acidente v/moto em 24/10/18 (sic) sofrendo fraturas de MIE, exposte, com perda de pele circunferencial, em desbridamento final. Encontra-se no Ambulatório de Tratamento de Feridas (vi hope) e poderá continuar ali gramela, porém tem área de exerto de músculo (sic) e, por isso, já deverá ser avaliada pela Cirurgia Plástica para proporcionar uma MIE.  
HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: Perda de substância circunferencial CID: \_\_\_\_\_

ENCAMINHAMENTO A ESPECIALIDADE: Cir. Plástica CLASSIFICAÇÃO DE RISCO: VERMELHO

MEDICO: Antônio Nogueira CRM: 638

Rutene Giffoni Medeiros  
Coordenadora de Urgência e Emergência

Antônio Nogueira  
Assistente Social  
Coordenador de Urgência e Emergência  
CRM: 638

DATA 28/11/18

AGENDAMENTO

DATA MEDICO: \_\_\_\_\_ DATA DO DIA: \_\_\_\_\_

ALTA AMBULATORIAL

NOME DO PACIENTE: \_\_\_\_\_ IDADE: \_\_\_\_\_ SEXO: ☐ M ☐ F

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_

ORIENTAÇÃO PARA O COMPARTAMENTO DE URGÊNCIA

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

DATA: \_\_\_\_\_ ASSINATURA DO MÉDICO: \_\_\_\_\_



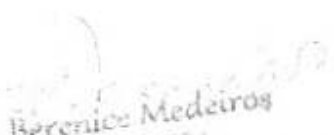


## RECIBO

R\$ 6.800,00

Recebi da acompanhante da paciente Srª MARIA ANTONIA FELIX DE SOUZA, a importância de R\$ 6.800,00 (Seis mil e oitocentos reais), como pagamento de estimativa, para fazer o procedimento cirúrgico: RETALHO MUSCULAR EM MEMBRO INFERIOR, solicitada pelo Dr. HENRIQUE SCCHIAVETO.

Boa Vista-RR. 11 de Março de 2019.

  
Berenice Medeiros  
HOSPITAL LOTTY IRIS EIRELLI-ME  
CNPJ 11.509.468/0001-22



LOTY IRIS

### TERMO DE CIÊNCIA

O presente orçamento é elaborado conforme o relatório médico ou informação verbal do paciente, fornecido previamente à realização do procedimento cirúrgico. Portanto, **representa apenas uma estimativa do montante total** a ser despendido com procedimento hospitalar descrito. Assim, o valor total apresentado está sujeito a alterações na eventualidade de ajuste de conduta médica, intercorrências e/ou outros tratamentos/procedimentos não previstos neste orçamento, os quais dependerão do diagnóstico clínico do paciente no decorrer da permanência hospitalar, tratamento médico e/ou intervenção cirúrgica, assim como os materiais/equipamentos/procedimentos adicionais que venham a ser solicitados pela equipe médica responsável.

Este orçamento teve como base:

☒ ( x ) Informação verbal

☐ ( ) Prescrição médica

Encontram-se **EXCLUÍDOS** do presente orçamento os itens relacionados abaixo:

- Exames de qualquer natureza, incluídos os laboratoriais e os diagnósticos de imagem;
- Atendimentos profissionais especializados não prescritos no relatório médico;
- Orteses, próteses e materiais ortopédicos não solicitados pela equipe médica;
- Nutrição Enteral e/ou parenteral;
- Medicamentos e equipamentos para fins quimioterápicos;
- Hemoderivados;
- Vacinas e medicações sem correlação com o processo patológico;

O pagamento pelo serviço hospitalar prestado poderá ser efetuado através das formas indicadas abaixo:

- Dinheiro (10% Desconto das taxas)
- Cartão de débito (10% Desconto das taxas)
- Cartão de crédito até 6x
- Cartão de crédito 3x 4% de desconto

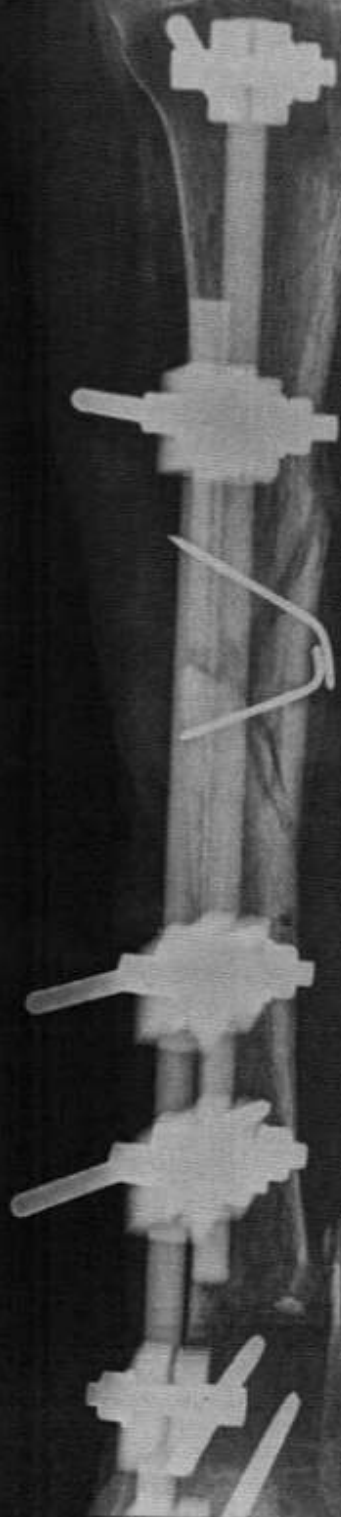
O valor da estimativa tem que ser deixado no financeiro com 48hrs que antecede a internação para o referido procedimento. O montante pode ser em espécie, transferência bancária cartão de crédito em até 6x, cartão de débito e ao final da internação ser apurado o valor real.

Taxa administrativa de 32% do valor total da conta.

OBS: A taxa administrativa corresponde ao preenchimento da documentação necessária de abertura ou arquivamento do prontuário, reserva e preparo da acomodação para o paciente, serviço de higienização, nutrição, lavanderia, auditoria de conta e administração hospitalar, colocando a disposição do paciente toda a infraestrutura do Hospital Lotty Iris.

Validade do orçamento - 30 dias.

Endereço: Rua Jose Coelho N 72 Centro,  
Boa Vista- RR CEP 69.300-301



E



MARIA ANTONIA FELIX

7701

HOSPITAL CORONEL MOTA

16/07/2019

Fabiola Castro

57 1 %







MARIA ANTONIA SOUSA  
HOSPITAL CORONEL MOTA

5991





MARIA ANTONIA FELIX

3806

HOSPITAL CORONEL MOTA

12/05/2020

Vilson

61.7 %





MARIA ANTONIA FELIX DE SOUZA 1186

HOSPITAL CORONEL MOTA

Vilson





MARIA ANTONIA FELIX

12422

HOSPITAL CORONEL MOTA

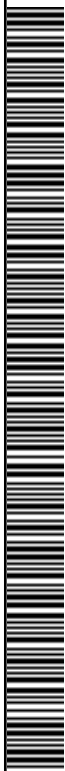
29/10/2019

Vilson

51.7%











GOVERNO DE RORAIMA  
"Amazônia: Patrimônio dos Brasileiros"  
CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
DEPARTAMENTO RADIODIAGNÓSTICO

**NOME:** MARIA ANTONIA FELIX

**IDADE:**

**SEXO:** F

**REG.:** 4938

**DATA:** 31.07.2020

**MÉDICO SOLICITANTE:** Dr. CARLOS ENRIQUE

**EXAME:** RX. ESCANOMETRIA

**LAUDO MÉDICO**

Membro inferior direito: 73.6cm Membro inferior esquerdo: 73.5cm

- O membros inferiores equalizados, segundo "método Farril".

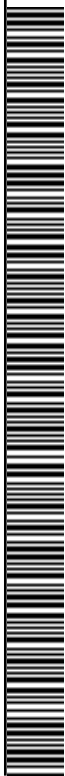
- Correlacionar com dados clínicos.

\_\_\_\_\_  
Dra. Anna Paula de Castro Machado  
CRM/RR1672

\_\_\_\_\_  
Dr. Paulo Ernesto Coelho de Oliveira  
CRM/RR 095

C. E. CORONEL MOTA - CECM  
RUA: CORONEL PINTO - 636 - BAIRRO: CENTRO  
CEP: 69301150 - BOA VISTA - RR  
FONE: 2121-7484







GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"  
COORDENAÇÃO GERAL DE ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

NOME Dr. Antônio Felix de Souza REGISTRUÁRIO

LAUDO

Paciente com quadro de  
Tx Espsta Tibia (E) há  
22 meses com perda de  
Tendo  
Condições de vida

DATA 11/08/2020

Carlos Henrique La Rosa  
Médico  
CRM-RR 483  
Assinatura e Carimbo

CLÍNICA ESPECIALIZADA CORONEL MOTA  
Rua Coronel Pinto, 636 - Centro-Boa Vista-RR  
CEP: 69.301-150 - CNPJ 84.013.408/0001-98  
Telefone 2121 7474





MARIA ANTONIA FELIX

4938

HOSPITAL CORONEL MOTA

31/07/2020

Vilson

66.6 %





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: PJLQH P8GVN 76YBW A369D



MARIA ANTONIA FELIX DE S.

138

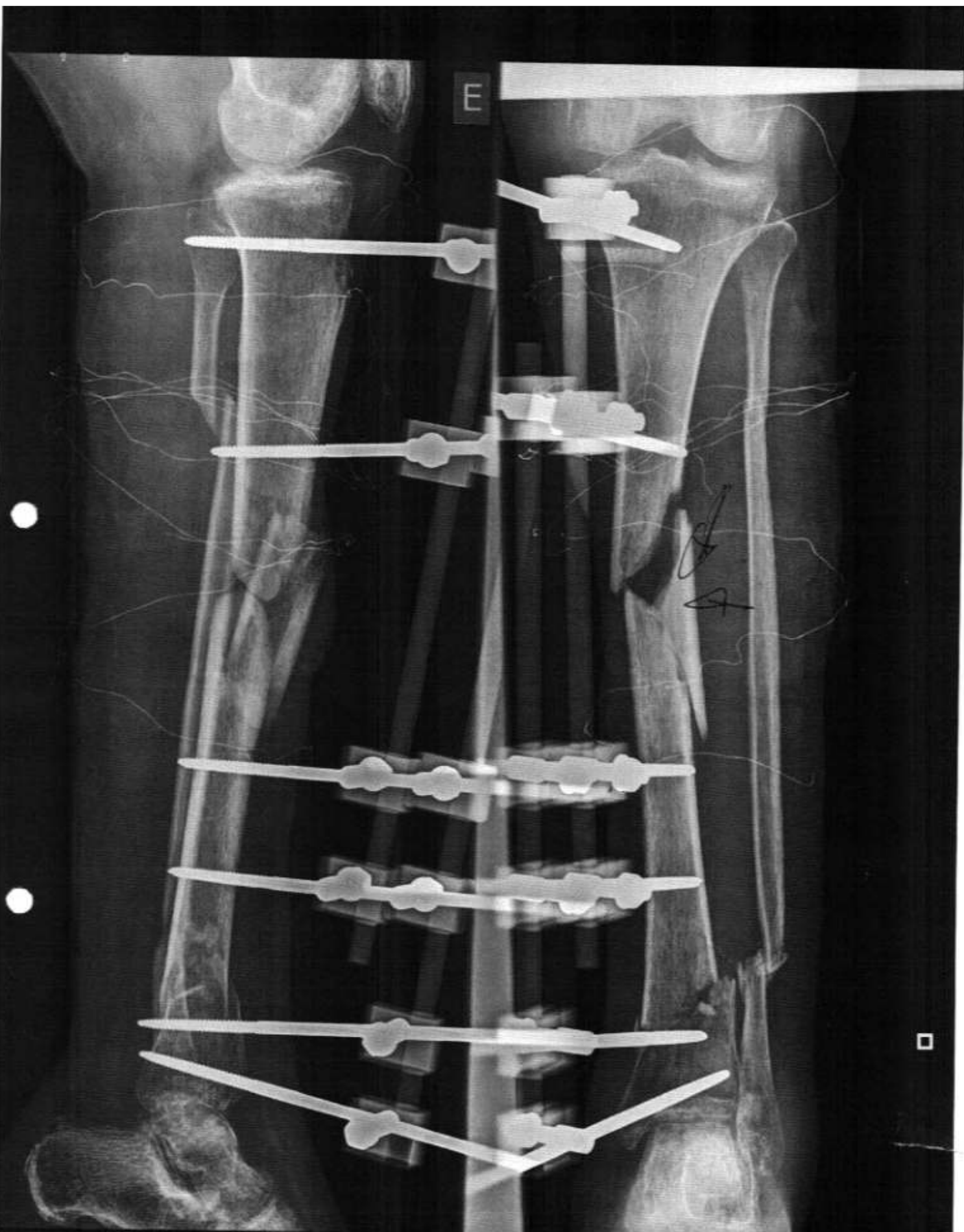
HOSPITAL CORONEL MOTA

07/01/2019

Vison

66.6 %





MARIA A FELIX

1750

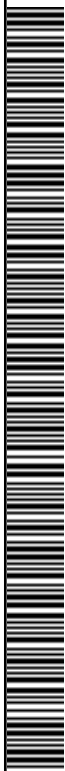
HOSPITAL CORONEL MOTA

20/02/2019

Cloudealdo

57.2 %







E



□

X

MARIA ANTONIA FELIX  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

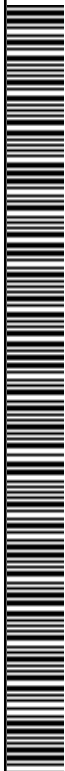
24/10/2018 08:39:28

85,3 %

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: PJLQH P8GVN 76YBW A369D











83.1 %

, MARIA ANTONIA FELIX

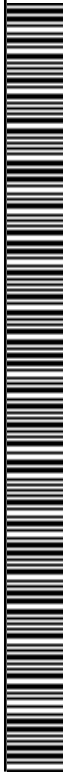
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

24/10/2018 08:39:28

80.9 %

24/10/2018 08:39:28







E

9%  
11/11/2018 09:34:28  
MARIA ANTONIA FELIX,  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

00.1%  
11/11/2018 09:34:26

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: PJLQH P8GVN 76YBW A369D





**PARECER DE ANÁLISE MÉDICA**



**DADOS DO SINISTRO**

**Número:** 3200303293 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente  
**Vítima:** MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA **Data do acidente:** 24/10/2018 **Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

**PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA**

**Data da análise:** 26/08/2020  
**Valoração do IML:** 0  
**Perícia médica:** Não  
**Diagnóstico:** FRATURA EXPOSTA COMINUTIVA EM ASA DE BORBOLETA NO TERÇO PROXIMAL DA DIÁFISE DA TÍBIA ESQUERDA, EVOLUINDO COM NECROSE DE PELE. P6/28/58  
FRATURAS NOS TERÇOS PROXIMAL E DISTAL DA DIÁFISE DA FÍBULA ESQUERDA. P58  
**Resultados terapêuticos:** TRATAMENTO CIRÚRGICO - OSTEOSÍNTESE COM FIXADOR EXTERNO. P4/6/17/28/41/62/64/73 ALTA.  
**Sequelas permanentes:** LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.  
**Sequelas:** Com sequela  
**Documento/Motivo:**  
**Nome do documento faltante:**  
**Apontamento do Laudo do IML:**  
**Conduta mantida:**  
**Quantificação das sequelas:** APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DO MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.  
**Documentos complementares:**  
**Observações:**

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

**DANOS**

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJLQH P8GVN 76YBW A369D



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237952/20

**Vítima:** MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

**CPF:** 629.003.902-49

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 24/10/2018

**Titular do CPF:** MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

**CPF de:** Próprio

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA : 629.003.902-49**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

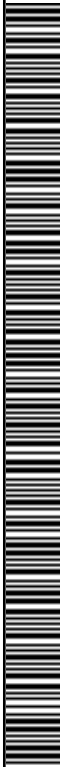
Data da apresentação: 24/08/2020  
Nome: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA  
CPF: 629.003.902-49

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO



## RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS



### IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0237952/20

**Vítima:** MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

**CPF:** 629.003.902-49

**Seguradora:** ALIANÇA DO BRASIL SEGUROS S/A

**Data do acidente:** 24/10/2018

**CPF de:** Próprio

**Titular do CPF:** MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

### DOCUMENTOS APRESENTADOS

#### Sinistro

Boletim de ocorrência  
Declaração de Inexistência de IML  
Documentação médico-hospitalar  
Documentos de identificação  
Outros

**MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA : 629.003.902-49**

Autorização de pagamento  
Comprovante de residência

### ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse [www.dpvatseguro.com.br](http://www.dpvatseguro.com.br) ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

#### Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 24/08/2020  
Nome: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA  
CPF: 629.003.902-49

#### Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 24/08/2020  
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO  
CPF: 020.134.582-07

MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO





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

Rio de Janeiro, 25 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do  
Seguro DPVAT: 3200303293

Vítima: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Data do Acidente: 24/10/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contados a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Carta nº 16063061



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

Rio de Janeiro, 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](http://www.seguradoralider.com.br/recomeco).

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 629.003.902-49 4 - Nome completo da vítima: Maria Antonia Filiz de Sousa

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

5 - Nome completo: Maria Antonia Filiz de Sousa  
7 - Profissão: 8 - Endereço: Rua Fililda Sbral Guedes  
11 - Bairro: União 12 - Cidade: Boa Vista  
15 - E-mail: 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.313-770  
16 - Tel.(DDD): 95-992437967

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00  
☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)  
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) Nome do BANCO:   
☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 31-714 4 AGÊNCIA: CONTA:   
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Lider a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Lider para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima:   
25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:   
28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (na nascer)? ☐ Sim ☐ Não 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Lider pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)   
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)   
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF:   
Assinatura da testemunha   
39 - 2ª Nome: CPF:   
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 24 de Junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)





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: Caranã  
Logradouro: Av. Carlos Pereira de Melo  
Complemento: esquina com Rua SDPM Dinago 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 (VITIMA, 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 depararam-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-PCR, 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 Nº 012317. 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(s) responsável pelas informações acima assinadas e (ento) que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."





## PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: ☐ DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) ☒ INVALIDEZ PERMANENTE ☐ MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima:

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

5 - Nome completo: 6 - CPF: 7 - Profissão: 8 - Endereço: 9 - Número: 10 - Complemento: 11 - Bairro: 12 - Cidade: 13 - Estado: 14 - CEP: 15 - E-mail: 16 - Tel.(DDD):

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: 18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA: ☐ RECUSO INFORMAR ☒ R\$1.00 A R\$1.000,00 ☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ SEM RENDA ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: ☒ BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção) ☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341) ☒ Banco do Brasil (001) ☐ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 4263 3 CONTA: 31-714 4 AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente sob a retenção do crédito, duração total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins do Seguro DPVAT; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: 25 - Grau de Parentesco com a vítima: 26 - Vítima deixou companheiro(a): ☐ Sim ☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: 28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? ☐ Sim ☐ Não

31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - 35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

39 - 2ª Nome: CPF: Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, Boa Vista - RR 24 de Junho de 2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

BANCO DO BRASIL

# COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA POUPANCA

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001                      AGÊNCIA: 1769-8                      CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA: 01/09/2020

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 4.725,00

\*\*\*\*\*TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: MARIA ANTONIA FELIX DE SOUSA

BANCO: 001

AGÊNCIA: 04263-3

CONTA: 000010031714-6

Nr. da Autenticação F63623B71EA3D769

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006  
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJLQH P8GVN 76YBW A369D

