



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
 SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		ID: 254	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
ARTHUR ANTUNES COIMBRA AMATO DA SILVA		203-2		SW	22/06/19
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
OSTEOSSÍNTESE FMT. TÍBIA (E)		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		16:12	17:10		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	DR. CARLOS ENRIQUE		ANESTESISTA:	DR. MICHEL	
1º AUXILIAR			RES. ANESTESIA:	DR. FABIO + DR. MICHEL	
2º AUXILIAR			INSTRUMENTADOR	YANK	
			CIRCULANTE	DUARTE + ROSINAR	
TIPO DE ANESTESIA: MQUE			TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2-0	
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL ELETRODOS	
1	SERINGA 03ML		1	CERA P/ OSO GATEIR D2	
1	SERINGA 05 ML		2ml	KIT CATARATA Nº CLONEXIDWA ALCOOL	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM ALCOOL OST. 20	
1	SERINGA 20ML		2ml	FITA CARDIACA ALCOOL 70%	
1	AGULHA P/ MQUE Nº 26			OUTROS:	
1	ATA DA CNEPOM 2019				
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		REBECA LUCIANO	SUB-TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Antônio Antunes Coimbra Amoroso
Cirurgião Responsável Dr. Carlos E. M. de

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

- ☒ PACIENTE CONFIRMOU
- ☒ Identidade
- ☒ Sítio Cirúrgico
- ☒ Procedimento
- ☒ Consentimento

☒ RISCO CIRÚRGICO

- ☐ Aplica
- ☐ Não se Aplica

☒ SÍMTO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUIDA

☒ COXIMENTO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

- ☒ Não
- ☐ Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

- ☒ Não
- ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não

☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Data 22/06/19 Assinatura e Carimbo Hora: 16:00

ANTES DA INCISÃO

DA 3.ª Anestesia Dr. Miguel

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

☒ CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO

☒ CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☐ Identificação do paciente
- ☐ Sítio cirúrgico
- ☐ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Sim

☐ Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

☒ O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS (OU NÃO SE APLICAM)

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

☐ SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

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



Assinatura e Carimbo

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA			HGR
DATA DE ADMISSÃO	DIH			DN	
PACIENTE	<i>Antonio Augusto Cardoso</i>				
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS	DM2			
IDADE	LEITO	DATA	22/06/18		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE, <i>PIGO</i> ZERO				SMD
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS				22 06
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				13 06
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA				12 CRIS
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H				18 06 18
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN				SN
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H				24 06
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
13	CURATIVO DIARIO				M
14	SSVV + CCGG 6/6 H				reflexo
15					
16					
17					
18	OBS. <i>Tratado em Centro cirúrgico!!</i>				
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p><i>DEG TOVER, Afetores</i> <i>Tratado Exames</i> <i>ALTO PELO NIR APÓS EXAMES</i></p> <p><i>Carlos Henrique La Rosa</i> Médico CRM-RR 453</p>					
	PA	P	T	R	
6 H					
12 H	142x93	76	36,3°C	-	
18 H					
24 H					

18:00hs - medicaçõesoadadas não foram realizadas por falta de funcionários.
Dr. Gardener

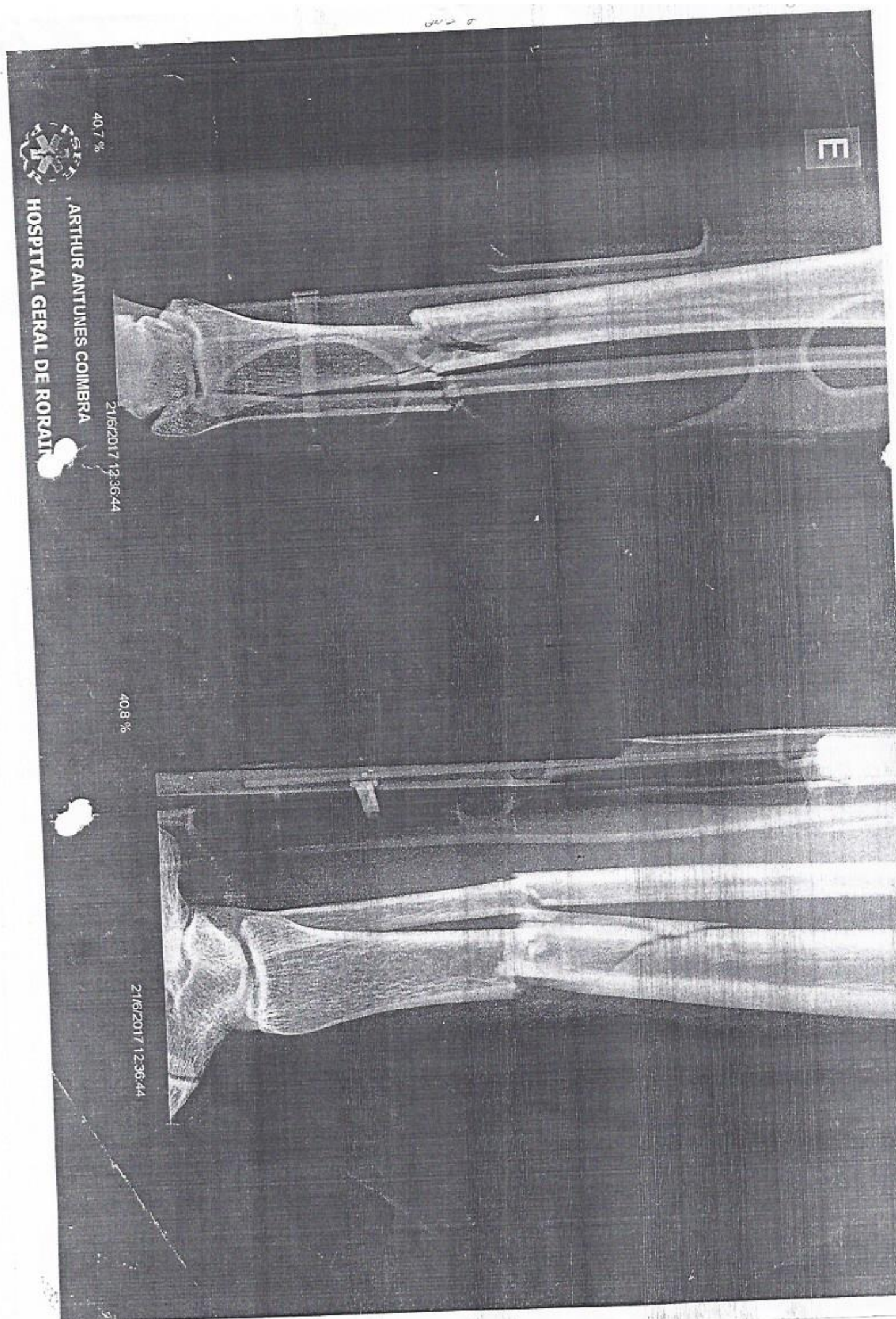
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA		HGR Hospital Geral de Roraima	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		Arthur Nunes Clemente			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO		DATA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1	DIETA ORAL LIVRE	SND			
2	SF0,9% 500ML EV DE 8/8HS	I A DE			
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	29.6.12-16			
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H	20			
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA	16.24.06.13			
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	SND			
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN	SN			
8	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	SN			
10	REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H	22.6.14			
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN			
12	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)	SN			
13	CURATIVO DIARIO	Roberto			
14	SSV + CCGG 6/6 H	Roberto			
15	Diclofenaco 400 7 12/12 EV	20.08			
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 2 9 NOV. 2017 >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV PLANTONISTA	HOSPITAL GERAL DE RORAIMA Av. Bria Nova Fátima - Roraima AUTENTICAÇÃO Certifico e Debo que a presente cópia é fiel ao original e que foi apresentada neste hospital.			
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<p>23/06/17</p> <p>ALTA HOSPITALAR</p> <p>Carlos Enrique La Rosa</p> <p>Carlos Enrique La Rosa</p> <p>CRM-RR 48382</p> <p>23/06/17</p> <p>ALTITUDE</p> <p>23/06/17</p> <p>ALTITUDE</p> <p>23/06/17</p> <p>ALTITUDE</p>					
6 H	36,4°C	78	122X80		
12 H					
18 H					
24 H	36°C	76	120X80		

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

٥٠

NOME: Antônio Antônio Augusto da Silva

SAB - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO SRA





Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

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

Dr. Johon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: **ARTHUR ANTUNES COIMBRA ARAUJO DA SILVA**, brasileiro(a), estado civil: solteiro, Profissão: Tec. de enfermagem, portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 3200655 SSP/RR e inscrito(a) no CPF/MF nº 002.523.152-94, residente na Av. Maranhão, nº 518, Bairro: Centro, CEP 69.340-000 no município de Mucajaí/RR, telefone: 99153-4867, E-mail: zanzamasullo@hotmail.com, vêm através de seu advogado in fine assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro – Boa Vista – Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus procuradores.

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

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

Boa Vista/RR 16, de Dezembro de 2018.

Arthur Antunes Coimbra Araujo da Silva

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: ARTHUR ANTUNES COIMBRA ARAUJO DA SILVA, brasileiro(a), estado civil: solteiro, Profissão: Tec. de enfermagem, portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 3200655 SSP/RR e inscrito(a) no CPF/MF nº 002.523.152-94, residente na Av, Maranhão, nº 518, Bairro: Centro, CEP 69.340-000 no município de Mucajai/RR, telefone: 99153-4867, E-mail: zanzamasullo@hotmail.com.

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

Boa Vista, 16 de Dezembro de 2018.

Arthur Antunes Coimbra Araujo da Silva

DECLARANTE

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADANIAS
DEPARTAMENTO NACIONAL DE TRANSITO
CARTEIRA NACIONAL DE HABILITACAO

RR

VALIDA EM TODO O TERRITORIO NACIONAL
1540651851

PROIBIDO PLASTIFICAR
1540651851

DEFACILITAD

NOME
ARTHUR ANTUNES COIMBRA ARAUJO DA SILVA

DOC. IDENTIDADE LONG. EMISSORA
3200655 SEP RR

CPF
002.523.152-04

DATA NASCIMENTO
28/07/1991

END. RESIDENCIAL
MATEUS DA SILVA

MARIA JOSE ARAUJO DA SILVA

PERMISSAO

ACC

CATEGORIA
AB

Nº REGISTRO
05462463554

VALIDADE
23/10/2022

P. HABILITACAO
09/04/2012

OBSERVAÇÕES

ASSINATURA DO PORTADOR
ARTHUR ANTUNES C. A. COIMBRA

LOCAL
BOA VISTA, RR


DATA DE EMISSAO
24/10/2017

ANTONIO FRANCISCO BEZERRA MARQUES
DIRETOR PRESIDENTE INTERINO
DETRAN-RR

15148102075
RR209407549

ASSINATURA DO EMISSOR

RORAIMA



Eletrobras
Distribuição Roraima

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Eurico Gaspar Dutra, 895 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-5)
Nota Fiscal e Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime especial de Impostos autorizado pela SETAF 7-9/13

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0529320-0

Nº da Nota Fiscal: 000007193

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.430 de 26 de abril de 2002.

CONTAS	VENCIMENTO	CONSUMO (KWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
JUNHO/2017	14/07/2017	392	165,17

MATHEUS DA SILVA JUNIOR
AV. MARANHÃO 518 W. NOVA ESTRELA
CPF: 00093558686268
CEP: 69.340-000 - MUCAJAI

ROT: 215.035.15.09.172500

DADOS DA LEITURA		DATAS DA LEITURA	
Atual:	392	Atual:	28/06/2017
Anterior:	0	Anterior:	26/05/2017
Consumo da Multicategoria:	1,000	Próxima Leitura:	26/07/2017
Consumo Medido:	392	Emissão:	07/07/2017
Consumo Faturado:	392	Apresentação:	07/07/2017

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA			
Classe/Subclasse	Localidade	Nome Medidor	Posto
RESIDENCIAL	BI	TDB1617789	
		Código Fat.	Módulo 12 meses
		1.1.1.2	0

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mai/17	0	CONSUMO	392 A R\$ 0,406573 = 159,29
ABR/17	0	CONTR. ILUMINACAO PUB. (COSIP)	5,88
MAR/17	0		
FEV/17	0		
JAN/17	0		
DEZ/16	0		
NOV/16	0		
OUT/16	0		
SET/16	0		
AGO/16	0		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LBV) PODERA SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO. // IBGE CENS O AGROPECUARIO 2017: RECEBA BEM O RECENSEADOR DURANTE ENTREVISTA! LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 05/07/2017, não constamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

REF. QUADRO FISCAL

948D.4CFE.DA4D.1D79.E486.A585.F3D2.404F

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Energia	56,11	Base de Cálculo	159,29
Transmissão	74,66	Alíquota ICMS	17,00%
Encargos	0,00	Valor do ICMS	27,07
Tributos	1,45	Valor do PIS	0,00
	27,07	Valor do COFINS	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
0,00			0,00			0,00	
						04/2017	0,00


ROT: 215.035.15.09.172500

SEU CÓDIGO

0529320-0

TOTAL A PAGAR - R\$

165,17



Eletrobras
Distribuição Roraima

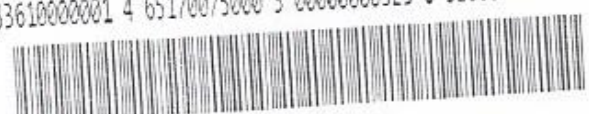
Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Eurico Gaspar Dutra, 895 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-5)

Nº da Nota Fiscal

000007193

FEMP

83610000001 4 65170075000 3 000000000529 8 32000617008 0



SEQ.: 00013

UC: 0529320-0

DT. LEIT.: 28/06/2017

T. ENTR.: 01

LEITURA:

392 NORMAL

TOTAL:

165,17

CARGA: 001


DT. VENC.: 14/07/2017

IRREG: 030


COLETOR: 3144

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL			
MINISTÉRIO DAS CIDADES			
DETRAN - RR		Nº 9799563009	
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO			
VIA	CÓD. RENAVAM	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO
01	90470203587		2013
NOME			
ARTHUR ANTUNES COIMBRA A DA SILVA			
MUCAJAI-RR			
CPF / CNPJ		PLACA	
002.523.152-94		NBA8916	
PLACA ANT / UF		CHASSI	
		9C6KG0460D0069794	
ESPECIE TIPO		COMBUSTIVEL	
PAS/MOTOCICLETA/NAU APPLIC.		GASOLINA	
MARCA / MODELO		ANO FAB.	ANO MOD.
YAMAHA/FAZER Y5250		2012	2013
CAP / POT / CIL	CATEGORIA	COR PREDOMINANTE	
002P/0249CC/	PARTICU	PRETA	
COTA UNICA	VENC. COTA UNICA	VENC. / COTAS	
1º *PAG0*	*PAG0*	1º *****	
FAIXA L.P.V.A.	PARCELAMENTO / COTAS	2º *****	
		3º *****	
PRÊMIO TARIFÁRIO (R\$)	IOF (R\$)	PRÊMIO TOTAL (R\$)	DATA DE PAGAMENTO
R\$1.11	R\$1.11	R\$292.01	15/07/2013
OBSERVAÇÕES			
AL.FID. YAMAHA ADM DE CONSORCIO LTDA * B			
EN.TRIBUTARIO *			
MUCAJAI-RR		DATA	
Jorge Antonio Barreto Guimarães		14/08/2013	
Diretor - Presidente			
DETRAN/RR			
EXPEDICOR			

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS			
AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS			
TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT			
RR Nº 9799563009		BILHETE DE SEGURO DPVAT	
EXERCÍCIO		2013	
CPF / CNPJ		PLACA	
002.523.152-94		NBA8916	
BILHETE DE SEGURO DPVAT			
RR Nº 9799563009		EXERCÍCIO	DATA EMISSÃO
		2013	14/08/2013
VIA	CPF / CNPJ	PLACA	
01	002.523.152-94	NBA8916	
RENAVAM	MARCA / MODELO		
00470203587	YAMAHA/FAZER Y5250		
ANO FAB.	CAT. TARE	Nº CHASSI	
2012		9C6KG0460D0069794	
PRÊMIO TARIFÁRIO			
FNS (R\$)	DENATRAN (R\$)	CUSTO DO SEGURO (R\$)	
R\$129.04	R\$14.34	R\$143.38	
CUSTO DO BILHETE (R\$)	IOF (R\$)	TOTAL A SER PAGO PELO SEGURADO (R\$)	
R\$4.15	R\$1.11	R\$292.01	
PAGAMENTO		DATA DE QUITAÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA		<input type="checkbox"/> PARCELADO	
		15/07/2013	
Seguradora Líder dos Consórcios			
do Seguro DPVAT S/A			
CNPJ: 09.248.608/0001-04			



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR - CPI
4º PEL PM/ 4ª CIPM / MUCAJAI
"AMAZÔNIA: Patrimônio dos Brasileiros"



RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL - SÉRIE DIGITAL - Nº 065 2017

Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Tran	H/Ini	H/Ch	H/Fin
111	4ª CIPM	21/06/2017	4º PEL	09hs58min	09hs58min	09hs59min	10hs45min

Cód. Oc.	Cód. Prov.	Cód. Ser. Prest.	Km/Ini	Km/Fin
1001/1003	13011, 13999	xxxxxxxxx	46084	46089

LOCAL DA OCORRÊNCIA

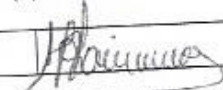
Av./Rua	Bairro:	Pt. Ref:
Rua Raimundo Rodrigues com AV. padre Tobias	Centro	Mercantil Brasil

PESSOAS RELACIONADAS

01	Envolvido	Nome	Arthur Antunes Coimbra A. da Silva	Idade	25	E. Civil	Solteiro
Endereço	Rua Isabel Macedo			Nº	1971	Bairro	Centro
RG	320065-5 SSP/RR	CNH	xxxxxxxxxxxxx	Profissão	Tec. Enfermagem		
02	Envolvida	Nome	Adriana Ferreira Silva	Idade	22	E. Civil	Solteira
Endereço	Rua Idenpendência			Nº	--	Bairro	Nova Jerusalém
RG	383893-5 SSP/RR	CNH	xxxxxxxxxxxxx	Profissão	Do Lar		

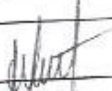
OBSERVAÇÕES, OBJETOS, ARMAS APREENDIDAS.

Recebi conduzindo (s) material (ais) acima anotados:

ASSINATURA	CARGO	LOCAL
	APC	Mucajai

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Senhor Delegado de Polícia Civil de Mucajai, informo que fomos acionados via radio para atendermos uma ocorrência de acidente de transito no endereço e hora acima citados. Quando chegamos ao local encontramos os envolvidos caídos no chão sendo socorridos por populares, Arthur (01) apresentava várias escoriações pelo corpo e aparentemente a perna esquerda fraturada, Adriana apresentava escoriações nos braços e reclamava de fortes dores no abdômen e nas costas. Ambos foram socorridos pelo SAMU e conduzidos ate o hospital local para atendimento especializado, não sendo possível apresenta-los nesta Delegacia. Dos fatos: Segundo relato da envolvida 02, a mesma conduzia sua motocicleta Honda Titan 160 de cor branca e Placa NUI 8758 pela Rua Raimundo Rodrigues sentido centro, quando colidiu na motocicleta Yamaha Fazer 250 de cor preta e Placa NBA 8916 conduzida pelo item 01, que trafegava pela Av. Padre Tobias sentido Bairro Sagrada Família-Centro. Informo que a motocicleta Honda Titan 160 quebrou retrovisores e possui arranhões no tanque, painel e carenagem, já a motocicleta Yamaha Fazer 250, quebrou os retrovisores, painel, maçaneta, carenagem lateral e possui arranhões no tanque. As motocicletas foram recolhidas ao pátio do 4º Pel PM, para realização de medidas Administrativas e posteriormente serem encaminhadas para o CIRETRAN. Era o que tinha a relatar.

Assinatura	Nº	Posto/Grad.	SUOp
 MARCOS ANTONIO SILVA MOTA	47000171	3º SGT PM	4º PEL/ 4ª CIPM

 **Cartório Notarial**

AUTENTICAÇÃO

Autentico por ser fotocópia fiel do documento apresentado.
O referido é verdadeiro e dou fé.

Mucajai - RR, 18 de agosto de 2017.
Emolumentos: R\$ 2,96 + selo: R\$ 0,00 -- Total R\$ 2,96


Insc. Profissional da Silva
Escritor Autorizada



PREFEITURA MUNICIPAL DE MUCAJÁ
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: **BRAVO** (MUCAJÁ)

EQUIPE: Jair / Claudia

Paciente: Arthur Antunes Coimbra Idade: 25 Sexo: ☒ M ☐ F

Nacionalidade: _____ Raça: ☐ Branca ☒ Negra ☐ Parda ☐ Amarela ☐ Indígena-Etnia _____

Endereço: _____

Ponto de referência: _____

CHAMADA

Nº da Ocorrência: 9788 DATA 21/06/17 HORA DO ACIONAMENTO: 9:53

Médico (a) Regulador (a): Helena HORA CHEGADA NO LOCAL (J/H): 10:02

MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS

MECANISMO DE TRAUMA

AUTOMÓVEL	MOTO/BICICLETA	VIOLENCIA	OUTROS
<input type="checkbox"/> Atropelamento	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO	<input type="checkbox"/> Agressão Física	<input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho
<input type="checkbox"/> Capotamento	<input type="checkbox"/> Vitima projetada	<input type="checkbox"/> Espancamento	<input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto
<input type="checkbox"/> Colisão X <u>moto</u>	<input type="checkbox"/> Vitima encarcerada	<input type="checkbox"/> FAF	<input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____
<input checked="" type="checkbox"/> Motorista	<input type="checkbox"/> Air Bag	<input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio	<input type="checkbox"/> Acidente Doméstica
<input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro	<input type="checkbox"/> Acidente com moto X <u>moto</u>	<input type="checkbox"/> Violência Doméstica	<input type="checkbox"/> Queimadura Agente
<input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	<input type="checkbox"/> Queda de moto <input checked="" type="checkbox"/> Com capacete	<input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> Agressão p/ anim
	<input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> Sem capacete		<input type="checkbox"/> Outros: _____
	<input type="checkbox"/> queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> condutor		
	<input type="checkbox"/> passageiro		

AVALIAÇÃO INICIAL

Vias Aereas	Ventilação	Circulação	Aval. Neurológica
<input checked="" type="checkbox"/> Apneia	<input checked="" type="checkbox"/> Abolida	<input checked="" type="checkbox"/> Arritmico	<input type="checkbox"/> AVDN
<input type="checkbox"/> Bradpneia	<input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> DNV
<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Hipertimpanismo	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Mioso
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> M.V. Ausente	<input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s	<input type="checkbox"/> Midriase
<input type="checkbox"/> Obstruída	<input type="checkbox"/> M.V. Diminuído	<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Anisocoria
<input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa	<input type="checkbox"/> Maciez		<input type="checkbox"/> Alcoolizado
<input type="checkbox"/> Taquipneia			

SINAIS VITAIS E ESCORES

Hora	P.A mm/hg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C	Esc. visual anal. EVA "DOR"	Glicemia	APGAR
Início	: <u>113/100</u>	<u>102</u>		<u>99%</u>	°C			
Fim	: <u>1</u>	<u>98</u>		<u>100%</u>	°C			

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
<input checked="" type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Afundamento	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Desvio da traquéia	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Distendido
<input type="checkbox"/> Corada	<input type="checkbox"/> Contusão	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Doloroso
<input type="checkbox"/> Fria	<input type="checkbox"/> Escoriação	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Resp. paradoxal	<input type="checkbox"/> Em tábua
<input type="checkbox"/> Pálida	<input type="checkbox"/> Fer. Penetrante	<input type="checkbox"/> Ferimento	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> Tamponamento	<input type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Quente	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input type="checkbox"/> ocular	<input type="checkbox"/> Lacerações	<input type="checkbox"/> Tórax Instável	<input type="checkbox"/> Evisceração
<input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca	<input type="checkbox"/> Laceração	<input type="checkbox"/>			<input type="checkbox"/> Lacerações

Pelve	Coluna Dorsal	Membros
<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão	<input type="checkbox"/> Contusão
<input type="checkbox"/> Escoriações	<input type="checkbox"/> Hematoma	<input checked="" type="checkbox"/> Escoriações
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Leve <input type="checkbox"/> Moderada <input type="checkbox"/> Intensa	<input checked="" type="checkbox"/> Lacerações
<input type="checkbox"/> Instabilidade	<input type="checkbox"/> Deformidade	<input type="checkbox"/> Luxações

AVALIAÇÃO CARDÍACA

AFEÇÃO CLÍNICA

HISTÓRIA PEGRESSA

AVALIAÇÃO CARDÍACA	AFEÇÃO CLÍNICA	HISTÓRIA PEGRESSA
<input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal	<input type="checkbox"/> Cardiovascular	<input type="checkbox"/> Alergias
<input type="checkbox"/> Taquicardia	<input type="checkbox"/> Metabólica	<input type="checkbox"/> Cardiopatia
<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Neurológica	<input type="checkbox"/> Diabetes
<input type="checkbox"/> Flutuer	<input type="checkbox"/> Psiquiátrica	<input type="checkbox"/> HAS
	<input type="checkbox"/> Respiratória	<input type="checkbox"/> Sequela AVC

GRAVIDADE COMPROVADA: ☒ LESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA

INCIDENTE

INCIDENTE	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS
<input type="checkbox"/> Cancelamento	<input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento
<input type="checkbox"/> Não se encontrava no local	<input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização
<input type="checkbox"/> Trote	<input type="checkbox"/> Bombeiro no local
	<input type="checkbox"/> Polícia Militar
	<input type="checkbox"/> SMTRAN
	<input type="checkbox"/> PRF
	<input type="checkbox"/> Guarda Municipal
	<input type="checkbox"/> Bombeiro
	<input type="checkbox"/> DETRAN

RCP

RCP
<input type="checkbox"/> Iniciada as: _____
<input type="checkbox"/> Término as: _____
<input type="checkbox"/> RCP com sucesso
<input type="checkbox"/> RCP Não realizado
<input type="checkbox"/> RCP sem sucesso

DESTINO

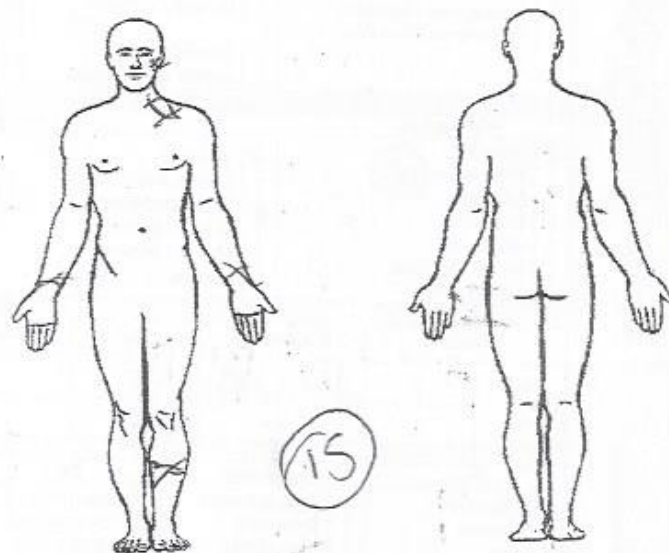
DESTINO
<input type="checkbox"/> Atendido no local
<input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR
<input checked="" type="checkbox"/> Grande Trauma - GT
<input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCM
<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS
<input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA
<input type="checkbox"/> HMINSN
<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR
<input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI
<input checked="" type="checkbox"/> Hosp. Jose Guedes Catão

Assinatura e Carimbo Médico ou Enfermeiro

PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/MUCAJAI, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE	MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____ Perda de líquido: _____ BCF: _____ <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão	

1	Abertura Ocular (O):	Espontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2	Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (reticada)	4 pontos
		Flexão anormal (degeneração)	3 pontos
		Extensão (descerabração)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3	Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

realizado 2 gramas de
 Dipirona e Tiramau



GOVERNO DE RORAIMA
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
HOSPITAL ESTADUAL VEREADOR JOSÉ GUEDES CATÃO

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Nº do Registro: _____

Número da Guia: _____

Nome: Arthur Antonio Coimbra Araújo Idade: 10:15
End: Av. Afonso Pena Nº. 8508 B: centro Cidade: Araújo
Naturalidade: _____
CPF: 002.523.192-84 RG.: 326065-5 / Orgão: _____
Pai: Walter da Silva
Mãe: Marlene José Araújo da Silva
CNS: _____ Telefone: 89165-0809 Data: 21/06/2017
Estado Civil: _____

Refere-se ao acidente de moto com
bomba de gás (sic). Trajeto pelo SAMU.
Exatidão nos mms e pontos de lesão
anteriores. Assimetria na perna distal

PA: respirando TAX: _____
FC: _____ PESO: _____
ER: _____ DX: _____

Ana Lucia L. Sacramento
Enfermeira
COREN/RR 67/103

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM

10X: Acidente de trânsito
Só com uma E: AP-P. 10/20
Dad: - SF 0,9% 100ml (EV)
Tramadol 100mg 40min.
- SE 0,9% 500ml (EV)
- Curativo
- Encaminhado para o HGR.

84.013.440/0001-73
Hospital Est. Ver. José Guedes Catão
Rua Marlene Araújo S/N
CEP 69 340-000
Mucajaí RR

Dr. Walter Cruz Costa
Médico - CRM/RR 1330

CONFERE COM ORIGINAL

2017-6-21

... Guia de Atendimento 02 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



8

Alta 23106

1700793034	21/06/2017 11:26:14	FICHA DE ATENDIMENTO	TRAUMATOLOGIA	DIURNO 07-19	27
Paciente	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ARTHUR ANTUNES COIMBRA ARAUJO DA SILVA	28/07/1991	25 A 10 M 24 D		00252315294	
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil
IDENTIDADE	3200655	SSP/RR	02/07/2004	M	SOLTEIRO(A)
Raça/Cor	Naturalidade	Pai	Contato	Ocupação	
PARDA	BOA VISTA - RR	MATEUS DA SILVA	(95) 99141-0406		
Mãe	Endereço				
MARIA JOSE ARAUJO DA SILVA	RUA - ISABEL MACEDO - 1971 - CENTRO - MUCAJAI - RR				
Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE				
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA				
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:		
GRANDE TRAUMA	SAMU REGIONAL		EMILIA.MACHADO		
Queixa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue				

Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456	13

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Paciente vítima de acidente de trânsito
com moto-moto. Refere dor intensa na perna

Exame Físico
(+) Apresenta escoriações nas mãos e
tórax.

Hipótese Diagnóstica
Politrauma

SADT - Exames Complementares
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) Difenidramina 2g (EV) 12:35 hr.		
2) Tilidil 40mg (EV) 12:35 hr.		
12:20 feridas abertas em joelho e punho esquerdo.		
13) Tensão 100 mmHg + S.F 2,9/100 mmHg, E.V. 100/60		
14) S.F 2,9/500 ml + 500 ml, E.V. 100/60		


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

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☒ Família ☐ IML Anatomia Patológica


Assinatura do Paciente ou Responsável
Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: emilia.machado
Data Hora: 21/06/2017 11:26:42
1700793034

9

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE <i>Arthur Antunes Coimbra</i>				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO <i>28/07/91</i>		9 - SEXO <i>M</i>	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Mª Jose Araujo da Silva</i>				11 - TELEFONE DE CONTATO DDD		N° DO TELEFONE	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>R. Israel Moreira, 1971</i>				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Mucambo</i>				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Acidente de Trabalho com Deficiência Física</i>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>COMUNICAÇÃO</i>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Rx</i>							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO <i>Fra Fratura Tibial</i>							
21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Osteossíntese Tibial</i>				25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO			
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO () CNS () CPF		29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>5708444949</i>	
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>Carla E. da Rosa</i>				31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)				33 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)			
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DE TRABALHO)							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO		35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE	
38 - SÉRIE		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA		41 - CBOR	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO				43 - APOSENTADO () NÃO SEGURADO			
AUTORIZAÇÃO							
44 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
46 - DOCUMENTO () CNS () CPF		47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO			
49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							

10

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE							
5 - NOME DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO		158277	
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)				14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO		15 - UF	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
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							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - CNPJ EMPRESA							
38 - SÉRIE							
39 - CNAE DA EMPRESA							
40 - CBO							
41 - CBO							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - CDD. 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							



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

220617

Data: _____ O.S. _____

Arthur Gustavo Cruz

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura Tibia @

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Osteossintese Tibia @

TIPO DE INTERVENÇÃO: Osteossintese Tibia @

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Dr. @ Henrique 1º AUXILIAR: Dr. Jesus

2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Dr. Michel ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Fratura Aberto lateral

Dissecado x Planos

Exatidão - Se for para fratura 1/3 1/2

Distal

Redução - Estabilizada com Placa

DEP 4.5 - Fina + 07 Parafusos

Fechamento x Planos

Carlos Enrique La Rosa

Jesus A. Lopez Aguirre



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Arthur Antunes Coimbra Araújo da Silva Id: 25000

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

27/06/17

		15:00	16:00	17:00	
AGENTES	Nº 20				
	02				
LÍQUIDOS VENOSOS	M				
	S				
DA	°C	240			
X					
ULSO					
ANES					
X					
OP					
O					
TEMP					
ASPIR					
A					
RESP					
O					
Expon					
Assist					
Contro					

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A Bupivacaína 0,5% 15 mg		neurolept analgésico lombar	x malhação: ECG, PAVS, FC, SpO ₂
B Clonidine 2g		medicação simples, hiper	- clonidine: equipsamento, material, ger.
C Fentanyl 50 mg		medicação	- testes de vômito
D Midazolam 3 mg			- Anestesia e atropina de região
E		utilização espontânea	lombar e elevação 70%, cefaléia
F		com oferta de O ₂ sob	de compressões, punção subcutânea
G		cateter nasal	náusea, entre C3-C4, com agulha
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro / Intergel	Arvinel - N° 26, LC R positivo
HDGO		Naso / Oro / Intergel - Cegs	clase, momentânea, com infusão
SANGUE		Bol - Tamp - Colhe do Tube	de bupivacaína 0,5% 15 mg.
		Sob Mescara	
		Dificuldade Técnica	
		TEMPO DE ANESTESIA	
TOTAL	1500 ml	1:30h	

OPERACÃO	Clotureamento de Fratura distal de E	Larange - Espasmo - Excesso Soro	Hemorragia - Arritmia
		Transtorno Respiratório - Hiperreflexia	Grav. Taquicardia - Choque
		"Bucking" - Vômito	

ANESTESIA	CÓDIGO	QUIRÚRGICO	PRONÓSTICO
Dr. Michel		Dr. Jesus	compensado

R2 Fabio Dr. Carlos Encaminhado a SRPA

R3 Daniele / R3 Elcio

Assinado por: Michel J. Moura
Médico Anestesiologista CRM-RR 17041



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia:

Tipo Cirurgia:

OSTEOSSÍNTESE FRATURA TÍBIA (E)

Data: 22/06/17

Nº. DO PRONTUÁRIO: SW=

Paciente: ALTUR ANTUNES GIMBURA AMUSO Idade 25A

Bloco: B Enfermaria 203 Leito: 2 DA SILVA

Caixa: GRANDES FRAGMENTOS Nº SW=

Circulante: OVANDE + ROSIWAR Sala 04

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

PLACA DCP 10 FUSOS - 1

PINA FUSO CORTICAL Nº 60 - 1

56 - 1

Carlos Enrique La Rosa
Ortopedia Traumatologia
CRM-RR 463

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME