



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

14
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	ID: 254	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
ARTHUR ANTUNES COMBRA AMARAL DA SILVA	303.2	CIRURGIA	SW	22/06/17

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
OSTEOSÍTESE FIMT. TIBA (E)	16:12	17:10	

CIRURGIÃO	DR. GABRIEL ENHOUE	ANESTESISTA:	DR. MICHEL
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:	DR. FABIO + PI. MICHEL
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR	YANIK
		CIRCULANTE	DIVARDE + ROSINAR

TIPO DE ANESTESIA:	MAQUE	VALOR	TEMPO DE DURAÇÃO:	VALOR
1	MATERIAIS	QUANT	MEDICAMENTOS	
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.	4	FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
1	PACOTES GAZE		FRASCOS-SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0		FRASCOS-SORO GLICOSADO	
1	LUVA ESTERIL 7.5	1	FIO VICRYL Nº 2-0	
1	LUVA ESTERIL 8.0	1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
1	LUVA ESTERIL 8.5		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 15		FIO CATGUT SIMPLES Nº	
1	DRENO DE SUCÇÃO Nº		FIO CATGUT CROMADO Nº	
1	DRENO DE TORAX Nº		FIO PROLENE Nº	
1	DRENO DE PENROSE Nº		FIO SEDA Nº	
1	SERINGA 01ML	1	SURGICEL ELETRODOS	
1	SERINGA 03ML	1	CERA P/ OSSO 47474202	
1	SERINGA 05 ML	20 ml	KIT CATARATA Nº 12011201 ALCOOL	
1	SERINGA 10ML	1	GEQEOAM ALCOOL 02T.20	
1	SERINGA 20ML	20 ml	FITA CARDIACA ALCOOL 70%	
1	AGULHA P/ MAQUE Nº 26		OUTROS:	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VAL
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE Rebeca LUCIANO	MATERIAL MEDICAMENTOS SUB- TOTAL TAXA DE SALA TAXA DE ANESTESIA
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	SOMA ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
		PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE		<i>Dr. Pedro Carlos Barbosa</i>				
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO		DATA		
ÍTEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE, <i>pigo</i> ZERO			SMD		
2	SF 0,9% 500ML EV DE 8/8HS			02 06 06		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			02 06 06		
4	SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H			02 06 06		
5	TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA			12 CRIS		
6	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H			02 06 06		
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			02 06 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			N		
14	SSVV + CCGG 6/6 H			nativa		
15						
16						
17						
18	<i>OBS: Foi o Centro aniquilado</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>Boa evolução, afetado, Támbém exames, alto pelo NIH das exames</i></p> <p><i>Carlos Eduardo La Rosa</i> CRM-RR 463</p>						
6 H	PA	P	T	R	MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA.	
10 H	142x93	76	36,8°C	-		
16 H						
24 H						

*18:00hs - medicações não dadas, não foram
medicadas por falta de funcionários.
Dr. Barolomeu*

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					HGR Hospital Geral de Roraima
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		<i>Arthur Nunes Oliveira</i>			
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	DATA	<i>22/06/17</i>	
ITÉM		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE			<i>SN</i>
2		SF 0,9% 500ML EV DE 8/8HS			<i>IA 00</i>
3		CEFALOTINA 1G EV 6/6H			<i>29/6-12-16</i>
4		SE FALTAR ITEM 3 REALIZAR CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H			<i>20</i>
5		TENOXICAM 40MG EV 1X/DIA			<i>10.24.06.12</i>
6		DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H			<i>SN 30</i>
7		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SN			<i>SN</i>
8		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			<i>SN</i>
10		REALIZAR RANITIDINA 50MG EV 8/8H			<i>22/6/17</i>
11		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			<i>SN</i>
12		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			<i>SN</i>
13		CURATIVO DIARIO			<i>Robson</i>
14		SSV + CCGG 6/6 H			<i>Robson</i>
15		<i>Profletaxano 400 7 12/12 EV</i>			<i>20/06</i>
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; 29 NOV. 2017 >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
<i>Boa, Anauáh Sé</i>					
<i>23/06/17</i> <i>ALTA HOSPITALAR</i>					
<i>Carlos Henrique da Rosa</i> <i>CRM-RN 1063</i>					
<i>Carlos Henrique da Rosa</i> <i>CRM-RN 1063</i>					
<i>6 H 36,4°C 78 122881</i> <i>12 H</i> <i>18 H</i> <i>24 H 36°C 76 420x80</i>					
<i>MÉDICO RESIDENTE EM</i> <i>ORTOPEDIA E</i> <i>TRAUMATOLOGIA.</i>					

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO SRA. A.

GR
GIR
GIR
GIR

NOME: RODRIGO ANTONES COIBRA ANDRADE S. W.A.



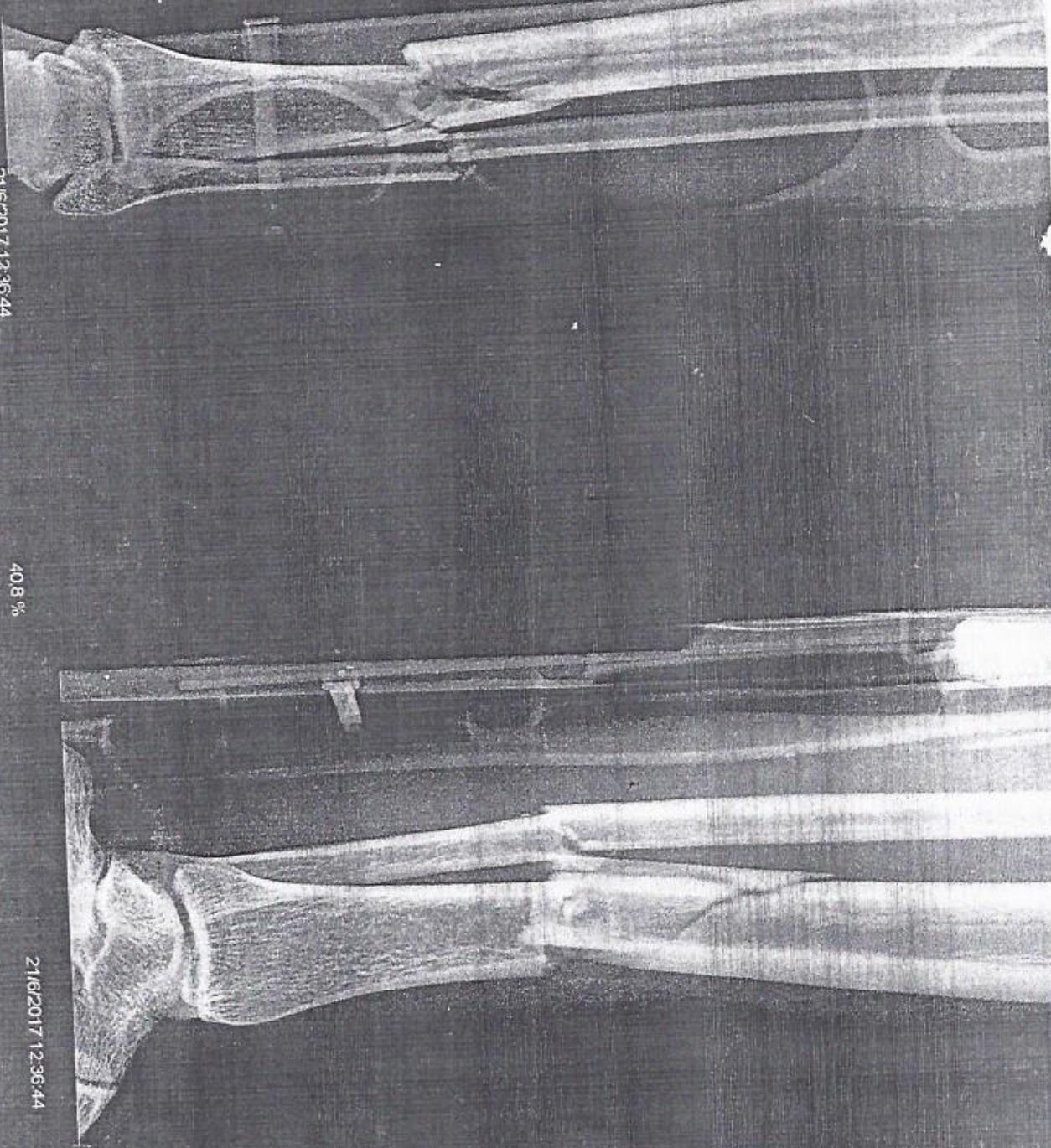
ARTHUR ANTUNES COIMBRA
HOSPITAL GERAL DE RORAIN

40.7 %

21/6/2017 12:36:44

40.8 %

21/6/2017 12:36:44



E



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR.317B

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

Dr. Jhon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR.1376

PROCURACÃO 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 Mucajai/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 judicia 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

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

Dr. Jhon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR.1376

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 lídima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Boa Vista, 36 de Dezembro de 2018.

Arthur Antunes Coimbra Araujo da Silva

DECLARANTE



REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DETAN - RR N° 9799563009
CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO

VIA 01	CÓD. RENAVAM 00470203587	R.N.T.R.C.	EXERCÍCIO 2013
NOME ARTHUR ANTUNES COIMBRA A DA SILVA			
MUCAJAI-RR			
CPF / CNPJ 002.523.152-94		PLACA NBA8916	
PLACA ANT / UF	CHASSI 9C6KG0460D0067794		
ESPECIE TIPO PAS/MOTOCICLETA/NAU APLIC.	COMBUSTÍVEL GASOLINA		
MARCA / MODELO YAMAHA/FAZER YS250	ANO FAB. 2012	ANO MOD. 2013	
CAP / POT / CIL 002P/0249007	CATEGORIA PARTICU	COR PREDOMINANTE PRETA	
I COTA UNICA *PAGO*	VENC. COTA UNICA *PAGO*	VENC / COTAS 1º *	
P FAIXA IPVA	PARCELAMENTO / COTAS	2º *	
V *		3º *	
A PRÉMIO TARIFÁRIO (R\$) R\$1.11	JOF (R\$) R\$292.01	PRÉMIO TOTAL (R\$) R\$293.12	DATA DE PAGAMENTO 13/07/2013
OBSERVAÇÕES AL. FID. YAMAHA ADR DE CONSÓRCIO LTDA * B EN. TRIBUTARIO *			
MUCAJAI-RR Jorge Antônio Barreto Guimarães Presidente		DATA 14/08/2013	
DETAN/RR EXPEDITOR			

SEGURO OBRIGATÓRIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEÍCULOS AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS TRANSPORTADAS OU NÃO - SEGURO DPVAT

RR N° 9799563009 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCÍCIO 2013		PLACA NBA8916
CPF / CNPJ 002.523.152-94		
BILHETE DE SEGURO DPVAT		
RR N° 9799563009		EXERCÍCIO 2013
VIA 01	CPF / CNPJ 002.523.152-94	PLACA NBA8916
RENAVAM 00470203587	MARCA / MODELO YAMAHA/FAZER YS250	
ANO FAB. 2012	CAT. TARI 9C6KG0460D0067794	Nº CHASSI
PRÊMIO TARIFÁRIO		
FNS (R\$) R\$129.04	DENATRAN (R\$) R\$14.34	CUSTO DO SEGURO (R\$) R\$143.38
CUSTO DO BILHETE (R\$) R\$4.15	JOF (R\$) R\$1.11	VALOR A SER PAGO PELO SEGUNDO (R\$) R\$292.01
PAGAMENTO		
<input checked="" type="checkbox"/> COTA UNICA	<input type="checkbox"/> PARCELADO	DATA DE QUITAÇÃO 15/07/2013

**Seguradora Líder dos Consórcios
do Seguro DPVAT S/A**
CNPJ: 09.248.608/0001-04

001-201


GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA MILITAR DE RORAIMA
COMANDO DE POLICIAMENTO DO INTERIOR - CPI
4º PEL PM/ 4º 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	XXXXXXXXXX	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	XXXXXXXXXXXX	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	XXXXXXXXXXXX	Profissão	Do Lar		

OBSERVAÇÕES, OBJETOS, ARMAS APREENDIDAS.

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

ASSINATURA

CARGO

LOCAL

de Mucajai

HISTÓRICO DA OCORRÊNCIA

Senhor Delegado de Policia 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 e posteriormente, encaminhados ao Hospital Francisco Elesbão em Boa Vista para realização de exames e 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 encaminhas para o CIRETRAN. Era o que tinha a relatar.

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



AUTENTICAÇÃO

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

Mucajai - RR, 18 de agosto de 2017.

Encargamentos: R\$ 2,96 + selo: R\$ 0,00 - Total: R\$2,96

Sonex
Intendente da Sua
Escrevente Autorizada



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



FICHA DE ATENDIMENTO

UNIDADE: BRAVO (MUCAJÁÍ)

EQUIPE: *Jaís / Cláudia*

Paciente: *Arthur Antunes Coimbra* Idade: 25 Sexo: M F

Nacionalidade: Raça: Branca Negra Parda Amarela Indígena-Etnia

Endereço:

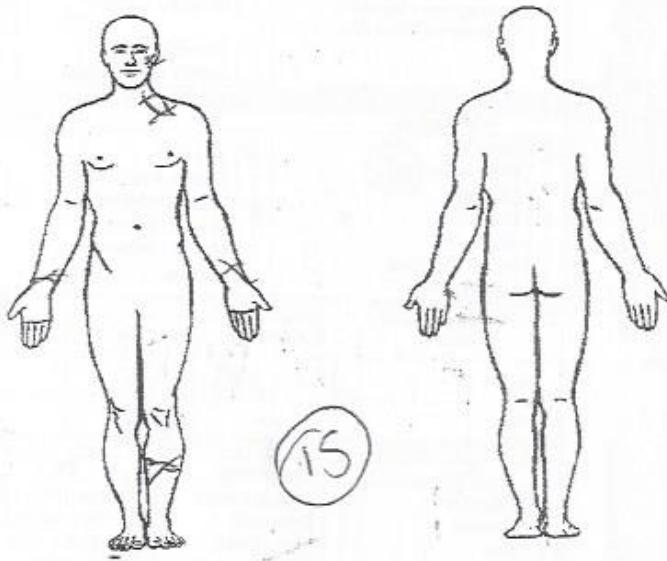
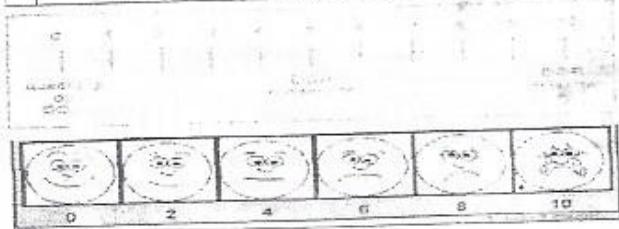
Ponto de referência:

CHAMADA	Nº da Ocorrência:	9788	DATA	21/06/17	HORA DO ACIONAMENTO:	9:53			
	Médico (a) Regulador (a):	<i>helissa</i>			HORA CHEGADA NO LOCAL (J10):	10:02			
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	MOTIVO	<input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR <input type="checkbox"/> APOIO <input type="checkbox"/> OUTROS	MECANISMO DE TRAUMA						
	AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> Uso do cinto <input checked="" type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO <input type="checkbox"/> Vítima projetada <input type="checkbox"/> Vítima encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag	<input type="checkbox"/> VIOLENCIA <input type="checkbox"/> Agressão Física <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual	<input type="checkbox"/> OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: <input type="checkbox"/> Acidente Doméstica <input type="checkbox"/> Queimadura Agente <input type="checkbox"/> Agressão p/ anim <input type="checkbox"/> Outros:					
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vitima)	AUTOMÓVEL	<input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Capotamento <input checked="" type="checkbox"/> Colisão X <i>motor</i> <input checked="" type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Traseiro	<input type="checkbox"/> MOTO/BICICLETA <input type="checkbox"/> Acidente com moto X <i>motor</i> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input checked="" type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Bicicleta <input type="checkbox"/> condutor <input type="checkbox"/> passageiro	<input type="checkbox"/> AVALIAÇÃO INICIAL					
	Vias Aéreas	<input checked="" type="checkbox"/> Apneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <i>NR</i> <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Obstruída <input type="checkbox"/> Resp. Ruidosa <input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Abolida <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Hipertimpanismo <input type="checkbox"/> M.V. Ausente <input type="checkbox"/> M.V. Diminuído <input type="checkbox"/> Maciez	Ventilação	<input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Enchimento capilar > 2s <input type="checkbox"/> Taquicardia	Circulação	<input type="checkbox"/> Aval. Neurológica <input type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> DNV <input type="checkbox"/> Mioc <input type="checkbox"/> Midriase <input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> Alcoolizado		
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vitima)	SINAIS VITAIS E ESCORES	Hora : <i>113/1100 101</i> P.A mm/hg : <i>99</i> F.C bpm : <i>101</i> F.R Mpm : <i>98</i> Sat O ₂ % : <i>100%</i> Temp. : <i>37°C</i>	Esc. visual anal. EVA "DOR"					Glicemia	APGAR
	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA	Pele : <i>Cianótica</i> <input type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Úmida <input checked="" type="checkbox"/> Seca	Cabeça : <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Fer. Penetrante <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerção	Face : <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerções	PESCOÇO : <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema Sub-Cutâneo <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Lacerções	Tórax : <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Resp. paradoxal <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Tamponamento <input type="checkbox"/> Tórax Instável	Abdome : <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Evisceração <input type="checkbox"/> Lacerções		
AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na vitima)	Pelve : <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal : <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Heratoma <input type="checkbox"/> Dor [] Leve [] Moderada [] Intensa <input type="checkbox"/> Deformidade	Membros : <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerções <input type="checkbox"/> Luxações	Membros : <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação <i>MIE</i> <input type="checkbox"/> Esmagamento <input type="checkbox"/> Avulsão					
	AVALIAÇÃO CARDIACA	Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Fibrilar	Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	Cardiovascular <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Respiratória	AFECÇÃO CLINICA : <i>MS.E</i>	Aberto <input type="checkbox"/> Digestiva <input type="checkbox"/> Infeciosa <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Pediátrica	HISTÓRIA PEGRESSA : <i>MI</i>	MEDICAÇÕES EM USO : <i>MI</i>	
INCIDENTE	GRAVIDADE COMPROVADA	<input type="checkbox"/> LESO <input type="checkbox"/> PEQUENA <input type="checkbox"/> MÉDIA <input type="checkbox"/> ÓBITO <input type="checkbox"/> INDETERMINADA							
			MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS						
RCP	Iniciada as: : <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP Não realizado								
	Término as: : <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso	OBS:							
DESTINO	Atendido no local <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - PAAR	Grande Trauma - GT <input type="checkbox"/> Hosp. Coronel Mota - HCM					Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	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:
TERMO DE RECUSA	Assinatura do Receptor:
	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 checked="" type="checkbox"/> Com cartão	<input type="checkbox"/> Sem cartão	

1	Abernia Ocular (O)	Esponjánea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
2	Melhor Resposta Melhora CM:	Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
3	Resposta Verbal (V)	Obedeça a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
4	Resposta Motor (M)	Flexão normal (retirada)	4 pontos
		Flexão anormal (degotização)	3 pontos
5	Resposta Reflexo (R)	Extensão (desconstracão)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
6	Resposta Vertebral (CV)	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
7	Resposta Urinária (U)	Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
8	Resposta Anal (A)	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

realizada a grama de
Dipirona e Tiramau



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

7
Requerer

GUIA DE ATENDIMENTO DE EMERGÊNCIA

Nº do Registro:

Número da Guia:

Nome: Arthur Antônio Araújo de Souza
End. Av. Presidente Vargas
Nº 28157-171
CPF: 002.523-152-74
Pai: Doctor de Souza
Mae: Maria José Araújo de Souza
CNS: _____
Estado Civil: _____

Corografia Araújo
Araújo de Souza
Nº. 0508 B: cintas.
Naturalidade: _____
RG.: 320065-5
Telefone: 89165-0809. Data: 21/06/2017
Idade: 25
Cidade: Mucajai
Orgão: _____

Refere que sofreu acidente de moto com
bifoto da nuca (sic). Trazido pelo SAMU.
Exsangue nos membros e possivel esguicho
anterior. Asymetria no perna distal
PA: agitada.
FC: _____
PR: _____

TAX: _____
PESO: _____
DX: _____

Anna Lúcia L. Sacramento
Enfermeira
CORENRR 67.103

ANOTAÇÕES DA ENFERMAGEM:

10X: Acidente de trânsito
Sfo 10X puna E: AP-P 10/ho
Dona: - SF 0,9% 100ml/3 (EV)
Tramadol 100mg 40ml.
- SE 0,9% 500ml/3 (EV)
- Curativo
- Encaminhado para o HCR

Dr. Walter Cruz Costa
CRM-RR 1330

84.013.440/0001-73
Hospital Est. Ver. José Guedes Catão
Rua Marlene Araújo S/N
CEP 69340-000
Mucajai RR

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

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		26/07/1991	25 A 10 M 24 D		00252315294	VISL WAD
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor
IDENTIDAD	3200655	SSP/RR	02/07/2004	M	SOLTEIRO(A)	PARDA
Mãe		Pai				
MARIA JOSE ARAUJO DA SILVA		MATEUS DA SILVA				
Endereço						Ocupação
RUA - ISABEL MACEDO - 1971 - CENTRO - MUCAJAI - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal	
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA					
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.			Registrado por:
GRANDE TRAUMA	SAMU REGIONAL					EMILIA.MACHADO
Quelxa Principal	<input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue					

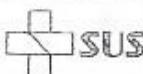
Anamnese de Enfermagem	GSC	TOTAL
	AO: 1 2 3 4	RV: 1 2 3 4 5
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)	Paciente vítima de acidente de trânsito (correu moto-moto). Refere dor intensa na Pern. (E) - Alcesteira escoriações nas maoe e torax.	
Exame Físico	(E) - Alcesteira escoriações nas maoe e torax.	
Hipótese Diagnóstica	Polirrashma	
SADT - Exames Complementares	<input checked="" type="checkbox"/> RAIOS-X <input type="checkbox"/> ULTRA-SON <input type="checkbox"/> ETC <input type="checkbox"/> SANGUE <input type="checkbox"/> URINA <input type="checkbox"/> ECG <input type="checkbox"/> OUTROS	
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
(1) Zopiclona 20 (E) 10:30 hs. (2) Tilitril 10mg (E) 10:30 hs. 12:20 forto dor em joelho e perna esq. (1) Transt 100mg + S.F 0,9/100 ml, G.V. 10ml (2) S.F 0,9/500ml + 500ml, G.V. 10ml		Dr. Marília Santos Almeida Médico CRM-RR 937
Conduta	<input type="checkbox"/> Ambulatório <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) <input type="checkbox"/> Internação Data e Hora da Saída/Alta: / / : :	
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



 Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL			9 - SEXO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
<i>Acidentado de Trauma de Cervo Deficiência Motora</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
<i>Concussão</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<i>Rx</i>				
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO			21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
<i>Fractura tubo (C)</i>			<i>25/10/84049499</i>	
PROCEDIMENTO SOLICITADO				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO			25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	28 - DOCUMENTO	
<i>Bloco de cama</i>		<i>temporária</i>	<input type="checkbox"/> CNS	<input type="checkbox"/> CPF
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)	
<i>Marcelo G. da Rosa</i>		<i>30/03/2019</i>	<i>Assinatura</i>	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIAS)				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		36 - CNPJ DA SEGURADORA	37 - NÚMERO BILHETE	
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO			38 - SÉRIE	
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA	40 - CNAE DA EMPRESA	
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA		<input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURO	41 - CBOR	
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR			44 - CÓD. ÓRGÃO EMISOR	
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF				
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)		

10

SUS Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR		
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE			4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE			6 - N° DO PRONTUÁRIO	158-777
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	9 - SEXO
71631400061001301315			7/7/1	0
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	
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
<i>Acúmulo de urina</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
<i>Obstrução urinária</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<i>Urografia</i>				
20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				
<i>Obstrução urinária</i>				
21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
26 - CLÍNICA		27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO		28 - DOCUMENTO
<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/>		<input type="checkbox"/> CNS <input type="checkbox"/> CPF
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE		31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)
<i>Paulo Sergio de Souza</i>		31/03/2019		<i>Paulo Sergio de Souza</i>
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLENCIA)				
33 - ACIDENTE DE TRABALHO		36 - CNPJ DA SEGURADORA		37 - N° DO BILHETE
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				38 - SÉRIE
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO		39 - CNPJ EMPRESA		40 - CNAE DA EMPRESA
<input type="checkbox"/> EMPREGADO		<input type="checkbox"/> EMPREGADOR		<input type="checkbox"/> AUTÔNOMO
<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO				<input type="checkbox"/> DESEMPREGADO
<input type="checkbox"/> APOSENTADO				<input type="checkbox"/> NÃO SEGURO
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
44 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR				
45 - DOCUMENTO		46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR		
<input type="checkbox"/> CNS		<input type="checkbox"/> CPF		
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO		48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)		
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				



51
BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO	
Data: <u>22/06/17</u>	O.S. _____

Kether Autaus Costa

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: *Fistula Vagina* (C)

INDICAÇÃO TERAPÉUTICA: *Obstosutice Vagina* (C)

TIPO DE INTERVENÇÃO: *Obstosutice Vagina* (C)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: *Dr O. Enyge*

1º auxiliar: *Dr Jesus*

2º auxiliar: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º auxiliar: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTA: *Dr Michel*

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Turgos fistula Vagina
Dissecção x Planos
Encontro - se fo recto progresso 13 1/2
Digital
Redução - Estabilizado com Glaco
DEP 4.5 m Fina + 07 Parafusos
Fechamento x Planos

*Carlos Enyge Medeiros
CRM-RR 003
LA ROSA*

*Jesus A. Lopez Aguirre
Medico
CRM-RR 566*

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"11
poligie

FICHA DE ANESTESIA

Arthur Antunes Coimbra Araujo de silver Id: 25000

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO										14 ^h										
15:00					16:00					17:00					22/06/17					
A G E N T E S	N 20		02																	
	LÍQUIDOS VENOSOS	M	S	M	S	(SF)	(SF)	(SF)	500	500	300									
DA	240																			
X	28	220																		
ULSO	36	200																		
ANES	34	160																		
X	32	160																		
OPI O	30	140																		
TEMP																				
ASPIR.																				
A																				
RESP																				
O																				
Expert																				
Assist																				
Centro																				
SÍMBOLOS																				
AGENTES					DOSES					TÉCNICA					ANOTAÇÕES					
a. Bupivacaina 0,5% 15 mg										recomendação lombar					x metanfetamina: Ec, PAN, Fe, Si, O,					
b. Glidetina 26										mediane, simples, ligeira					- drogas: equipamento, material, gas,					
c. Fentanil 50 mcg										anestesia					- ausência de veículos					
d. Midazolam 3 mg										utilização espontânea					- Anestesia e etanomaria de região					
e. Glicose										com auxílio de CO2 se					lombar c. elevado a 70%, glicose					
f. SANGUE										Cateter nasal					de compras itálicas, pressão arterial					
g. SF 0,8% 1500 ml															nível, entre 63-64, um agulha					
GLICOSE					LÍQUIDOS					Cárrula - Naso / Giro laringe					Oximil - N - 26, CO2 R positiva					
H2CO3										Naso / Orotáqueal - Cegas					Clave, monitorkine, com infusões					
SANGUE										Bal - Tamp - Cálculo de Tubo					de bupivacaina 0,5% 15 mg.					
										Sob Máscara										
										Dificuldade Técnica										
TEMPO DE ANESTESIA																				
TOTAL					1500 ml					1:30h										
OPERAÇÃO																				
- Ustensílise de fratura distal E										Laringe - Capnômetro - Excesso Sobra					Hemorragia - Arritmia					
ANESTESIA					CÓDIGO					CIRURGIO					Respiratória - Hipotensão					
Dr Michel										Dr Jesus					Bucking - Vômito					
R2 Fabre										Dr Carlos										
RJ Danielle / RJ Elecio															anestesia					
Silviano M. Moura															Inconsciente e SPPA					
Médico																				
Anestesiologista																				
CRM-RR 1744																				

Dr Michel
R2 Fabre
RJ Danielle / RJ Elecio
Silviano M. Moura
Médico
Anestesiologista
CRM-RR 1744

Laringe - Capnômetro - Excesso Sobra
Respiratória - Hipotensão
Bucking - Vômito
anestesia
Inconsciente e SPPA



13

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

OSTEOSÍTESE FRACTURA TÍBUA (E)

Data: 22/06/17 : Nº. DO PRONTUÁRIO: SLW 2

Paciente: ANTONIO ANTUNES COMBINA ANTONIO Idade 25A

Bloco: B Enfermaria 203 Leito: 2 DA SILVA

Caixa: GRANDES FRAGMENTOS Nº SLW

Circulante: EVANDE + ROSINAR Sala D4

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

PLACA DCP 10 Furos - 1

PNA FUSO CORTICAL Nº 60 - (X)

SLW - 1

Carlos Enrique La Rosa
Ortopedia Traumatologia
ICRM-RR 463

Médico Responsável

1º Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2º Via - CME