



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dr. Johon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

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

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE: MARINALVA FERREIRA DE SOUZA, brasileiro(a), estado civil: casada, Profissão: professora, portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 179.734 SSP/RR e inscrito(a) no CPF/MF nº 510.190.602-63, residente na rua, Guaíba, nº 617, Bairro: Bela Vista, CEP 69.340-000 no município Boa Vista/RR, telefone: 99155-7820, 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 15, de fevereiro de 2019.

Marinalva Ferreira de Souza

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dr. John Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

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

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: MARINALVA FERREIRA DE SOUZA, estado civil casada, profissão, professora, RG nº 179.734 SSP/RR, e CPF nº 510.190.602-63, residente e domiciliado (a) à rua, Guaíba, nº 617 Bairro: Bela Vista, CEP 69.340-00 Cidade Boa Vista - Roraima, telefone (95) 99155-7820, 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 - RR, 15 de Fevereiro de 2019.

Marinalva Ferreira de Souza

DECLARANTE

SÉRIE J							
PMRR-1ºBPM				RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL		Nº 046885	
Vtr	SUCp	Data	S/Setor	H/Transm	H/Ini	CH/h	H/Fir
3.12	1º BPM	31/08/2015		16:11	16:11	16:20	18:20
Cód. Oc.		Cód. Prov.		Cód. Ser. Prest.		Km/Ini	Km/Fin
1001 - 1003		13006 - 13999				88577	88590
LOCAL DE OCORRÊNCIA							
Av./Rua: Getúlio Vargas c/ rua Amajari				Bairro: São Vicente		Ref.:	
PESSOAS RELACIONADAS							
1 Condutor		Nome: Jose Borges da Silva		Idade: 54		E. Civil: Solteiro	
Endereço: Rua Carlos Natrot, Nº710, bairro liberdade.		CNH 01751285681		Profissão: Taxista			
Edt. R.G 46824 SSP/RR				Idade: 28		E. Civil: Casada	
2 Motociclista		Nome: Marinalva Ferreira de Souza		Idade: 28		E. Civil: Casada	
Endereço: Rua rio Guaíba, Nº 617, bairro bela vista		CNH Não possui		Profissão: Estudante			
Edt. R.G				Idade:		E. Civil:	
3		Nome:		Profissão:			
Endereço:		CNH		Idade:		E. Civil:	
Edt. R.G				Profissão:			
4		Nome:		Idade:		E. Civil:	
Endereço:		CNH		Profissão:			
Edt. R.G				Idade:		E. Civil:	
ARMAS, OBJETOS, VALORES, MATERIAIS APREENDIDOS.							
RECEBI CONDUZINDO (S) MATERIAL (AIS) ACIMA ANOTADO (S):							
ASSINATURA Anderson Barbosa		CARGO ACP		LOCAL 1º DP			
HISTÓRICO							
<p>Senhor Delegado (a) informo que durante patrulhamento ostensivo de rotina fomos acionados via rádio pela CIOPs para averiguarmos no endereço acima citado uma ocorrência de acidente de trânsito, chegando ao local constatamos a veracidade dos fatos onde a motociclista já estava sendo socorrida pela equipe de socorristas do SAMU pelo fato de ter sofrido lesões corporais no ombro e perna esquerda. No local do acidente foi informado o seguinte ocorrido: que o condutor item 01 dirigia o veículo TAXI FIAT/SIENA, DE COR BRANCA, PLACAS NAR6728, na Avenida Getúlio Vargas, no sentido centro/bairro, quando ao se aproximar do cruzamento com a Rua Amajari colidiu na lateral direita da motocicleta HONDA/CG150 FAN, COR PRETA, PLACA NUI5539, que era conduzida pela motociclista item 02, que trafegava na rua amajari. Que ambos os veículos tiveram danos materiais. Que segundo relatos do envolvido item 01, populares retirou a motocicleta do local onde a mesma havia caído.</p> <p>Informo que a perícia foi acionada, comparecendo no local o perito Coimbra, que realizou os procedimentos cabíveis. Informo que foi constatado via consulta pelo DETRAN que a motociclista não possui carteira nacional de habilitação, porém não será possível apresentá-la nesta delegacia devido fato da mesma esta sendo atendida pela equipe medica de plantão no pronto socorro estadual. Informo também que a motocicleta foi entregue para senhora Antônia da Silva Araújo (irmã da vítima), cnh número 05996819090, Categoria AB.</p> <p>Era o que tinha a relatar.</p>							
Santos Moraes		40292-3		CB PM		1ºBPM	
ASSINATURA		Nº		Posto/Graduação		SUOp	
RELATOR							



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 007639/2015

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 31/08/2015 18:37 Data/Hora Fim: 01/09/2015 07:17
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 046885 Data: 31/08/2015
Delegado de Polícia:

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial
Data/Hora do Fato: 31/08/2015 16:11

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: Acidente De Trânsito Sem vítima	Veículo

Local do Fato

Município: Boa Vista
Logradouro: Av. Getúlio Vargas c/ Rua Amajari

Bairro: São Vicente

ENVOLVIDO(S)

Nome: MARINALVA FERREIRA DE SOUZA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Idade: 28

Profissão: Estudante

Estado Civil: Casado(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Rio Gualba
Bairro: Bela Vista

Nº: 617

Nome: ROP/PM Nº 046885 (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: Boa Vista

Profissão: Policial Militar

Nome da Mãe: —

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Nome: JOSE BORGES DA SILVA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade: 54

Profissão: Taxista

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: Rua Carlos Natrot
Bairro: Liberdade

Nº: 710

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

"Nenhum Objeto Informado"

RELATO/HISTÓRICO

Que na data e endereço supracitados, durante patrulhamento ostensivo de rotina a guarnição foi acionada via rádio pela CIOPs para averiguação de ocorrência de acidente de trânsito no local dos fatos, chegando ao local constataram a veracidade dos fatos onde a motociclista Marinalva Borges estava sendo socorrida pela equipe de socorristas do SAMU em virtude da mesma ter sofrido lesões corporais no ombro e perna esquerda. Que no local do acidente foi informado o seguinte ocorrido: que o condutor José Borges dirigia o veículo TAXI FIAT/SIENA, DE COR BRANCA, PLACAS NAR 6728, na Avenida Getúlio Vargas, no sentido centro/bairro, quando ao se aproximar do cruzamento com a Rua Amajari colidiu na lateral direita da motocicleta HONDA/CG150 FAN, COR PRETA, PLACA NUI 5539, que era conduzida pela motociclista Marinalva F. de Souza, e que a mesma trafegava na rua Amajari. Que ambos os veículos tiveram danos materiais. Que segundo relatos do senhor José Borges, populares retiraram a motocicleta do local onde a mesma havia caído. Que a perícia foi acionada, comparecendo no local o perito Coimbra, que realizaram os procedimentos cabíveis. Que foi constatado via consulta pelo DETRAN que a motociclista não possuía carteira nacional de habilitação, porém não foi possível apresentá-la a este distrito policial devido fato da mesma esta sendo atendida pela equipe medica de plantão no pronto socorro estadual. Que a motocicleta envolvida no referido acidente foi entregue para senhora Antônia da Silva Araújo (irmã da vítima), CNH número 05996819090, Categoria AB. É o relato.

Bravo II		FICHA DE ATENDIMENTO						
Unidade: 192	Equipe: <u>Coord. Luiz + João Elys</u>	Paciente: <u>MARINALVA FERREIRA DE SOUZA</u>						
-2381		Idade: <u>38</u> Sexo: <u>F</u>						
Endereço: <u>AV Gelulio Vargas O São Vicente Vila Rica</u>								
CHAMADA	Nº <u>10888</u>	DATA <u>31/08/15</u>	HORA <u>15:55</u>					
	Médico (a) Regulador (a) Dr (a) CRM: <u>Dr. Lauerth</u>							
AVALIAÇÃO DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)	MOTIV <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input type="checkbox"/> TRANSPORTE <input type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input type="checkbox"/> OUTRO							
	MECANISMO DE TRAUMA							
	AUTOMÓVEL	AUTOMÓVEL	VIOLENCIA					
	Capotamento Atropelamento Colisão <u>como moto</u> Motorista Passageiro Banco dianteiro Passageiro Banco traseiro	Uso do cinto Vitima projetada Vitima encarcerada Air Bag Acidente com moto <u>x moto</u> Condutor <input checked="" type="checkbox"/> Carona Com capacete Sem capacete	<input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancamento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio Outro: <u> </u>					
	OUTROS							
Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto Queda, Altura aprox.: <u> </u> Acidente Doméstica Queimadura Agente Agressão p/ animal Outros: <u> </u>								
AVALIAÇÃO DA OCORRÊNCIA (na viatura)	AVALIAÇÃO INICIAL							
	Vias Areas	Ventilação	Circulação					
	Dispneia Bradipneia Taquipneia Resp. Ruidosa Obstruída Apnéia Outro: <u> </u>	M.V. Diminuído M.V. Ausente Hipertimpanismo Maciez Fenda Aspirativa <u> </u>	Bradicárdico Taquicárdico Arritmico Enchimento capilar acima de 2" Ausente					
	Aval. Neurológica							
	AVDN Miose Midriase Anisocoria Otorrêa Otorragia Rinorragia Aparentemente alcoolizado DNV							
SINAIS VITAIS E ESCORES								
Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Aux °C	Glicemia	Trauma	APAGAR
Início <u>15:05</u>	<u>80</u>	<u>123</u>	<u>19</u>	<u>98</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>15</u>	<u> </u>
Fim <u>15:50</u>	<u>80</u>	<u>89</u>	<u>20</u>	<u>99</u>	<u> </u>	<u> </u>	<u>15</u>	<u> </u>
AVALIAÇÃO DA OCORRÊNCIA (na viatura)	AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA							
	Pele	Cabeça	Face	Pescoco	Tórax	Abdome		
	Corada Quente Pálida Fria Úmida Seca Cianótica	Confusão Esconção Laceração Hematoma Afundamento Fer. Penetrante	Confusão Esconções Lacerações Ferimento ocular	Esconções Lacerações Hematoma Desvio da traqueia Eritema Sub-Cutâneo	Esconções Lacerações Tórax Instável Resp. paradoxal Tamponamento	Esconções Lacerações Distendido Em tábua Doloroso Evisceração		
	Pelve	Coluna Dorsal	Membros					
	Contusão Esconções Dor Instabilidade	Confusão Hematoma Dor	Contusão Esconções <u>MISAG</u> Lacerações Luxações					
AVALIAÇÃO CARDIACA				AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA		
Ritmo Sinusal Taquicardia Bradicardia Filtrar	Fibrilação atria Fibrilação entricular Assístolia	Respiratória Neurológica Psiquiátrica Metabólica Cardiovascular Aborto	Digestiva Infecciosa Obstétrica Pediátrica Outra <u> </u>	Diabetes Cardiopatia HAS Medicação de uso	Alergias Outros			
GRAVIDADE COMPROVADA	ILESO SEVERA	PEQUENA MORTE	MÉDIA INDETERMINADA	OUTRO				
INCIDENTE	Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)			MULTIPLOS MEIOS ACIONADOS				
	<u> </u>			Polícia Militar Guarda Municipal SMTRAN Bombeiro Outros: <u> </u>				
RCP	Iniciada as: <u> </u> Término as: <u> </u> <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso Obs.: <u> </u>			DADOS PESSOAIS DA VÍTIMA				
DESTINO	<input type="checkbox"/> Atendido no local <input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota			Cosme e Silva HCSPA Maternidade Outros				

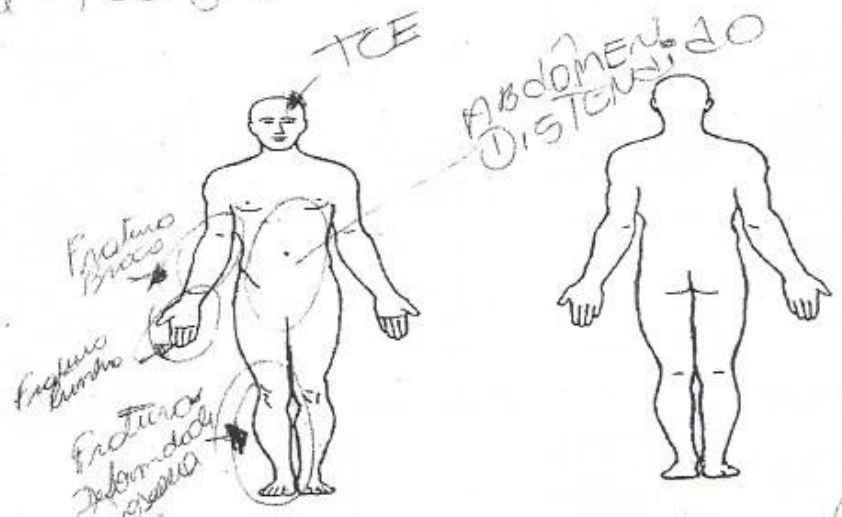
CONFERE COM O ORIGINAL
EM: 17/02/2019
13.7184

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/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____	2 gelus 18 2 gelus ao / 3 alodina, 20cm 1 equipo macao 5 pontos de curas P
Perda de liquido: _____	BCF: _____	
[] Com cartão [] Sem cartão		

ESCALA DE COMA DE GLASGOW				ESCORE DO TRAUMA			
Abertura Ocular	Adulto	Menores de 5 anos	Escala	Frequência Respiratória (mov / min)	10 - 24	4	
	Abre espontaneamente	Abre espontaneamente	4		25 - 35	3	
	Com estímulos auditivos	Com estímulos auditivos	3		≥ 36	2	
	Com estímulos dolorosos	Com estímulos dolorosos	2		01 - 09	1	
	Não abre os olhos	Não abre os olhos	1		0	0	
Resposta Verbal	Orientado	Balucia	5	Pressão Sistólica (mmHg)	≥ 90	4	
	Confuso	Choro irritado	4		70 - 89	3	
	Palavras inapropriadas	Choro a dor	3		50 - 69	2	
	Sons ou gemidos	Gemido a dor	2		01 - 49	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1		0	0	
Resposta Motora	Obedece solicitações	Movimentos espontâneos	6	Escala de Glasgow	14 a 15	5	
	Localiza a dor	Retira ao toque	5		11 a 13	4	
	Flexão normal	Retira a dor	4		8 a 10	3	
	Flexão anormal	Flexão normal	3		5 a 7	2	
	Extensão a dor	Flexão anormal	2		3 a 4	1	
	Nenhuma	Nenhuma	1	ESCORE DO TRAUMA			
ESCALA DE GLASGOW				15			

SSVV = preservado
Paciente = TCE GRAVE



CONFERE COM O ORIGINAL
EM 17/02/2019
13:05h

às 16:05 - vítima de acidente com carro, estava no momento do acidente de moto. Não foi encontrada a vítima - ao solo com via pública, diabito dorsal apresentando múltiplas fraturas + TCE frontal, múltiplas escoriações. Porém acordado, alerta, responsivo verbalizado. Fizemos 2 mobilizações necessárias, período de (per) e mesma vítima com dificuldade respiratória, para ser levada ao Trauma HSB, conforme Reg. médico.

795-096

AMARELO

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

1500460831 31/08/2015 16:29:57

FICHA DE ATENDIMENTO

Paciente: **MARINALVA FERREIRA DE SOUZA**
Tipo Doc: Documento
Mão: Mãe
Endereço: **SARTUNINA FERREIRA DE SOUZA**
RUA - VILA DO APIAU - MUCAJAI - RR

Data Nascimento: **21/08/1977**
Idade: **38 A O M 10 D**
Sexo: **F**
Estado Civil: **Pal**

TRAUMATOLOGIA
CNS: **PARDA**
Naturalidade: **BOA VISTA - RR**
Contatos: **Contatos**

TARDE 13-19
CPF: **1**
Prontuário: **1**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**
Motivo do Atendimento: **PRIMEIRO ATENDIMENTO**
Setor: **GRANDE TRAUMA**
Queixa Principal: **QUEIXA PRINCIPAL**

Caráter do Atendimento: **URGÊNCIA**
Tipo de Chegada: **SAMU REGIONAL**
Profissional do Atend.: **Profissional do Atend.**
Validade: **Validade**
Autorização: **Autorização**
Sis Prenatal: **Sis Prenatal**
Temp.: **Temp.**
Peso: **Peso**
Pressão: **Pressão**
Procedência: **Procedência**
Procedimento Sol.: **Procedimento Sol.**

Anamnese de Enfermagem: **Anamnese de Enfermagem**
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Registrado por: **FRANCA CASTRO**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)
Paciente vítima de acidente de moto com dor em MEB + múltiplas escoriações. Glasgow 15, note, consciência.

Exame Físico: **Exame Físico**

Hipótese Diagnóstica: **Hipótese Diagnóstica**

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

PRESCRIÇÃO
1) Valproato 100 mg EV
2) Fenitoína 20 mg EV

APRAZAMENTO
Ortopedia
Fratura fechada do 13 proximal do osso da perna direita + fratura fechada da tíbia direita + fratura fechada da fíbula direita + fratura fechada do 13 proximal do osso da perna esquerda + fratura fechada da tíbia esquerda + fratura fechada da fíbula esquerda

OBSERVAÇÃO
Ortopedia
Fratura fechada do 13 proximal do osso da perna direita + fratura fechada da tíbia direita + fratura fechada da fíbula direita + fratura fechada do 13 proximal do osso da perna esquerda + fratura fechada da tíbia esquerda + fratura fechada da fíbula esquerda

Condição
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelar
☐ Transferência para: **Transferência para**


óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família

Assinatura do Paciente ou Responsável: **Assinatura do Paciente ou Responsável**

Assinatura do Médico: **Assinatura do Médico**
CRM: **CRM**

Impresso por: franca castro
Data Hora: 31/08/2015 16:37:10

500460831


	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 <i>HGR</i>			2 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE <i>HGR</i>			4 - CNES	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				
5 - NOME DO PACIENTE <i>Marcialine Feneira de Souza</i>			6 - Nº DO PRONTUÁRIO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO <i>21/08/27</i>	
9 - SEXO			10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL <i>Sarturina Feneira de Souza</i>	
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) <i>Rua - Vila do Apiaú</i>			12 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA <i>Mucqui</i>			14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF <i>PR</i> 16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS <i>Paciente admitido de acidente de moto às 16:30h de entrada no HGR com fratura-luxação do capulo-umbral (lesão de placa de qual?) associada fratura fechada da</i>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO <i>Tratamento cirúrgico + busca de peças</i>				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) <i>Pro Encefalo do capulo Dorsal e Pro Encefalo da perna Dorsal</i>				
20 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS <i>Fratura fechada das costelas</i>				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO <i>Procedimento cirúrgico</i>				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE <i>086092799</i>				
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (1º DO PROFISSIONAL DO CONSELHO) <i>31/08/15</i>				
33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)				
34 - ACIDENTE DE TRABALHO 35 - CNPJ DA SEGURADORA 36 - Nº DO BILHETE 37 - SÉRIE				
38 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNAE DA EMPRESA 41 - CBOR				
42 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO 43 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 44 - EMPREGADO 45 - EMPREGADOR 46 - AUTÔNOMO 47 - DESEMPREGADO 48 - APOSENTADO 49 - NÃO SEGURADO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR				
46 - DOCUMENTO 47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 49 - ASSINATURA E CARIMBO (1º DO REGISTRO DO CONSELHO)				




GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE




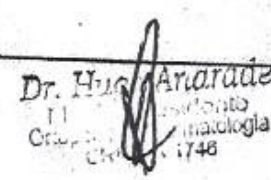
PRESCRIÇÃO DIÁRIA

[illegible]

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		31/08/2015		DIH		2		DPO			
PACIENTE		MARINALVA FERREIRA DE SOUZA									
DIAGNÓSTICO		FRAT PROXIMAL DE OSSOS DA PERNA D+ ESCAPULA D+ LESAO EM PE D									
ALERGIAS		NEGA		HAS		NEGA		DM2		NEGA	
IDADE		38 ANOS		LEITO		119-01		DATA		02/09/2015	
ITEM		PRESCRIÇÃO								HORÁRIO	
1		DIETA ORAL LIVRE								SV 12/15	
2		SF 0.9% 500 ML EV EM 24 h.								A2	
3		CEFTRIAXONA 01 G EV DE 12/12 HS (D2-D10)								R 12/15	
4		TENOXICAM 40 MG EV 01 X AO DIA								A2	
5		CLEXANE 40 MG 01 AMP EV 01 X DIA SC								A2	
6		DIPIRONA 1 G 01 AMP EV DE 6/6 HS								A2	
7		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA								SV	
8		PLASIL 10 MG EV 8/8h (S/N)								06NTF	
9		OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM								SV	
10		CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG								A2	
11		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h								A2	
12		SSVV + CCGG 6/6 H								A2	
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:											
# ENCONTRO PACIENTE DEITADA NO LEITO, ATIVA, REATIVA, COMUNICATIVA, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS.											
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, SEM EDEMAS.											
# SOLICITADO: HEMOGRAMA, UREIA, CREATININA, GLICEMIA ATUAL, COAGULOGAMA, RX DE TÓRAX -AP., ECG E RISCO CARDIACO.											
# CONDUTA: ANALGESIA											
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:											
# PREVISÃO DE ALTA:											
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	TEMP						
6 H		120/90	77		36°C						
12 H		140/90	105		36°C						
18 H											
24 H											

	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			6 - N° DO PRONTUÁRIO	
5 - NOME DO PACIENTE			9 - SEXO	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)			8 - DATA DE NASCIMENTO	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL			11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)			14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA			15 - UF	
			16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO				
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS				
<p>Paciente vítima de acidente de trânsito às 16:30h de ontem neste hospital com fratura de fêmur esquerdo, fratura de pulso e fratura fechada da base da perna direita.</p>				
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO				
Tratamento cirúrgico e fisio de Cho				
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)				
<p>pp Simplex do antebraço direito pp Simplex da perna direita</p>				
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO				
Fratura fechada da base da perna direita				
21 - CID 10 PRINCIPAL				
22 - CID 10 SECUNDÁRIO				
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS				
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO				
Procedimento cirúrgico				
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO				
26 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
28 - ASSINATURA E CARIMBO (1º DO REGISTRO DO CONSELHO)				
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE				
30 - CNPJ DA SEGURADORA				
31 - CNPJ EMPRESA				
32 - CNAE DA EMPRESA				
33 - CBOR				
34 - ACIDENTE DE TRABALHO				
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO				
36 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO				
37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA				
38 - EMPREGADOR				
39 - AUTÔNOMO				
40 - DESEMPREGADO				
41 - APOSENTADO				
42 - NÃO SEGURO				
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
44 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR				
45 - DATA DA AUTORIZAÇÃO				
46 - ASSINATURA E CARIMBO (1º DO REGISTRO DO CONSELHO)				

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA		 																											
DATA DE ADMISSÃO	31/08/2015	DIH	2	DPO																									
PACIENTE	MARINALVA FERREIRA DE SOUZA																												
DIAGNÓSTICO	FRAT PROXIMAL DE OSSOS DA PERNA D+ ESCAPULA D+ LESAO EM PE D																												
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2																									
IDADE	38 ANOS	LEITO	119-01	DATA																									
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE			SND																									
2	SF 0.9% 500 ML EV EM 24 h.			12h																									
3	CEFTRIAXONA 01 G EV DE 12/12 HS (D3-D10)			18h																									
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X AO DIA			12h																									
5	CLEXANE 40 MG 01 AMP EV 01 X DIA SC			16h																									
6	DIPIRONA 1 G 01 AMP EV DE 6/6 HS			12h 18h 7/10h																									
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			SC																									
8	PLASIL 10 MG EV 8/8h (S/N)			06h																									
9	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM			12h																									
10	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			12h																									
11	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h			12h																									
12	SSVV + CCGG 6/6 H			Rot																									
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:																													
# ENCONTRO PACIENTE DEITADA NO LEITO, ATIVA, REATIVA, COMUNICATIVA, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS.																													
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, SEM EDEMAS.																													
# SOLICITADO: HEMOGRAMA, UREIA, CREATININA, GLICEMIA ATUAL, COAGULOGAMA, RX DE TÓRAX -AP., ECG E RISCO CARDIACO.																													
# CONDUTA: ANALGESIA																													
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:																													
# PREVISÃO DE ALTA:																													
22h - paciente el procedimento cirúrgico agendado amanhã (04/09), jejum orientado, dieta entrique, punção venosa OK, demais orientações que se tratam																													
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TEMP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>130/80</td> <td>79</td> <td></td> <td>36°</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>150/100</td> <td>87</td> <td></td> <td>36°</td> </tr> </tbody> </table>					SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	6 H	130/80	79		36°	12 H					18 H					24 H	150/100	87		36°
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP																									
6 H	130/80	79		36°																									
12 H																													
18 H																													
24 H	150/100	87		36°																									
<p><i>Assinatura: Hugo Andrade</i> <i>Assinatura: Hugo Andrade</i> <i>Assinatura: Hugo Andrade</i></p>																													

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		31/08/2015	DIH	2	DPO		
PACIENTE	MARINALVA FERREIRA DE SOUZA						
DIAGNÓSTICO	FRAT PROXIMAL DE OSSOS DA PERNA D+ ESCAPULA D+ LESAO EM PE D						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	38 ANOS	LEITO	119-01	DATA	04/09/2015		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					5:00	
2	SF 0.9% 500 ML EV EM 24 h.					12:00	
3	CEFTRIAXONA 01 G EV DE 12/12 HS (D4-D10)					12:00	
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X AO DIA					12:00	
5	CLEXANE 40 MG 01 AMP EV 01 X DIA SC					12:00	
6	DIPIRONA 1 G 01 AMP EV DE 6/6 HS					12:00	
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					12:00	
8	PLASIL 10 MG EV 8/8h (S/N)					12:00	
9	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM					12:00	
10	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					12:00	
11	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					12:00	
12	SSVV + CCGG 6/6 H					12:00	
13	Retirar sonda vesical					Retirar	
14						Retirar	
15						Retirar	
16						Retirar	
17						Retirar	
18						Retirar	
19						Retirar	
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:							
#ENCONTRO PACIENTE DEITADA NO LEITO, ATIVA, REATIVA, COMUNICATIVA, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS.							
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, SEM EDEMAS.							
# SOLICITADO: HEMOGRAMA, UREIA, CREATININA, GLICEMIA ATUAL, COAGULOGRAMA, RX DE TÓRAX -AP., ECG E RISCO CARDIACO.							
# CONDUTA: ANALGESIA							
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: <i>Boho realizado</i>							
# PREVISÃO DE ALTA:							
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	 Dr. Hugo Anarade Ortopedia e Traumatologia CRM 1748		
6 H	15/96	72		36.2			
12 H							
18 H	C.C	C.C		C.C			
24 H							

12

(M)

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 Marinela Ferreira de Souza

6 - N° DO PRONTUÁRIO _____

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) _____

8 - DATA DE NASCIMENTO 24/08/1977

9 - SEXO _____

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL Maria Santurina Ferreira de Souza

11 - TELEFONE DE CONTATO N° DO TELEFONE _____

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO) Rua. Vila do Apiaú

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Mucayá

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO _____

15 - UF PR

16 - CEP _____

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Fratura de fíbula distal direita

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO +++ cirurgia

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Aromnia + Ex. físico + Imagem

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO Fr. de fíbula distal direita

21 - CID 10 PRINCIPAL _____

22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Osteossíntese de fíbula com placa e parafusos

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO 86.42.01

26 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE Dr. Marcelo Z. 04/08/15

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO CLÍNICA

28 - DOCUMENTO _____

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE _____

30 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____

32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____

33 - PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

34 - ACIDENTE DE TRABALHO _____

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO _____

36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO _____

37 - N° DO BILHETE _____

38 - SÉRIE _____

39 - CNPJ DA SEGURADORA _____

40 - CNPJ EMPRESA _____

41 - CBOE _____

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

AUTORIZAÇÃO

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR _____

45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____

46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO _____

48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO) _____



UNIDADE/SETOR:

NOME DO PACIENTE: Ma
PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

Manindra Ferreira de Souza

QUARTO 119

LEITO TO

Nº DO REGISTRO

DATAHORA

PRESCRIÇÃO

04/01/18 01:20:23

Ans.

③ Verlin 1266/bh

⑤ 3 2 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 11 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

9/29/21

① 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

[illegible]

~~Patrick E. ...
Ontologia e ...
CRM ...~~

Patrick
Otopedia
CRM

[illegible]



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data:

04/09/19

O.S.

Marinho Ferreira de
Souza

M

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura de dist. e de Alar D

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: fixação

TIPO DE INTERVENÇÃO: osteossíntese de fratura de Alar D

COMPLICAÇÕES E ACIDENTES: não houve

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: e gueto

CIRURGIÃO: Patrício Rabelo

1º AUXILIAR: Marcelo Zeitoun

2º AUXILIAR: Douglas

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA: Raquel

ANESTESISTAS: Gelyne

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pte em 3DH
- 2) Anestesia + Antisepsia
- 3) Acesso anterior ~ 10cm + dilatação por planos.
- 4) Redução de cunha em flexão ao ponto distal
- 5) Profundo de fratura
- 6) redução de grandes fragmentos + fixação com placas
- 7) OCS estreita 4,5 e 10 orifícios e 8 profundos corticais, antecâmara compressa.
- 8) LMC + síntese de pele
- 9) À EPA

Marcelo Zeitoun
CRM/RP 1284 TEOT 6898
Ortopedia e Traumatologia

Patrício Rabelo
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RP 1383



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

38 anos
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT° OU LEITO	N° DO PRONTUÁRIO	DATA	
MARINALVA FERREIRA DE SAZPA				04.01.15	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
Fratura de Tibia/antebraio MID			INÍCIO	FIM	
			17:40	18:54	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA				
1° AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
2° AUXILIAR	CIRCULANTE				
Dr. Patrick	Dr. Eveline				
Dr. Bruno	Dr. Leonardo				
	Fic. Socorro				
TIPO DE ANESTESIA					
Raquí					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANTID.	MEDICAMENTOS	VALOR
10	CATGUT SIMPLES N°		1	Cateter	
10	CATGUT SIMPLES N°		1	FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc	500cc
10	CATGUT SIMPLES N°		1	FRASCO SORO	
10	CATGUT OROMADO N°		1	FRASCO SORO GLICOSADO %cc	
10	CATGUT OROMADO N°		1	FRASCO SORO GLICOSA %cc	
10	CATGUT CROMADO N°		1	XILOCAINA %cc	
10	CATGUT ATRAUMÁTICO RETO		1	FLAXEDIL agulha de raquí	
10	CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO		1	FLUOTHANE	
	FIOS DE SEDA N°		1	PENTRANE	
	FIOS DE ALGODÃO N°		1	ENTRANE	
	MONONYLON COM AGULHA 2.0		1	ÉTER	
	MONONYLON SEM AGULHA		1	ATROPINA	
	UNIDADES DE GAZE		1	PROSTGME	
	PARES DE LUVAS N° 7.5 17		1	THIONEMBUTA	
	EQUIPOS PARA SORO		1	MARGAIA	
	ROLOS DE ESPARADRAPO		1	INOVAL	
	DRENOS N°		1	GLICOSE %	
	SONDAS N°		1	ÁGUA OXIGENADA	
	1 AGULHAS Raquí 26		1	MERTHIOLATE	
	COMPRESSAS C/3		1	MERCÚRIO CROMO	
	LÂMINAS PARA BISTURI 15		1	200ml. PV PI desodorante	
SOMA			SOMA		
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR(A)		ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL	
				MEDICAMENTOS	
				SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO / CÁLCULOS		FUNCIONÁRIO / C. C. DO PACIENTE FEITO O LANÇAMENTO		TAXA DE SALA	
				TAXA DE ANESTESIA	
				SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE					



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA BUCO MAXILO FACIAL

Tipo Cirurgia:

Osteossíntese de Tibia (D)

Data: 04 09 15

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Marinalva Ferreira de Souza

Idade: 38

Bloco: A

Enfermagem: 19

Leito: 01

Caixa: Ortopedia Fraturas

Nº. 5

Circulante: Escaleno

Sala: 03

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

Placa de 10 furos

Parafuso Cortical Nº 22

" " Nº 26

" " Nº 28

" " Nº 30

Patrick Rafael José
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1362

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

04.09.15

CHECKLIST DA CAMPANHA DE CIRURGIA SEGURA - OMS

Antes da Indução Anestésica

- ☐ Confirmação sobre o paciente
- ☐ Identificação do Paciente
- ☐ Local da cirurgia a ser feita
- ☐ Procedimento a ser realizado
- ☐ Consentimento Informado realizado
- ☐ Sítio cirúrgico do lado correto/ou não se aplica
- ☐ Checagem do equipamento anestésico OK
- ☐ Oxímetro de pulso instalado e funcionando

O paciente tem alguma alergia?

☐ Não

☐ Sim _____

Há risco de via aérea difícil/broncoaspiração?

☐ Não

☐ Sim e há equipamento disponível

Há risco de perda sanguínea > 500ml
7ml/kg em crianças?

☐ Não

☐ Sim e há acesso venoso e planejamento para reposição.

Antes de Iniciar a Cirurgia

- ☒ Todos os profissionais da equipe confirmam seus nomes e profissões.
- ☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem verbalmente confirmam.
- ☒ Identificação do Paciente
- ☒ Local da cirurgia a ser feita
- ☒ Procedimento a ser realizado
- ☐ Consentimento informado realizado

Antecipação de eventos críticos:

- ☐ Revisão do cirurgião: há passos críticos na cirurgia? Qual sua duração estimada? Há possíveis perdas sanguíneas?
- ☐ Revisão do anestesista: há alguma preocupação em relação ao paciente?
- ☐ Revisão da enfermagem: Houve correta esterilização instrumental cirúrgico? Há alguma preocupação em relação aos equipamentos?
- ☐ O antibiótico profilático foi dado nos últimos 60 minutos?
- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica
- ☒ Exames de imagem estão disponíveis?
- ☒ Sim
- ☐ Não se aplica

Antes do Paciente Sair da Sala Cirúrgica

A enfermeira confirma verbalmente com a equipe:

☒ Nome do procedimento realizado

☒ A contagem de compressas, instrumentos e agulhas está correta (ou não se aplica)

☐ Biópsias estão identificadas e com o nome do paciente

☐ Houve algum problema com equipamentos que deve ser resolvido

☒ O cirurgião, o anestesista e a enfermagem analisam os pontos mais importantes na recuperação pós anestésicos e pós-operatória desse paciente




Clínica: Marinalva Ferreira de Souza
Ortossintese de Tibia
Dr: Patrícia + R. Bruno




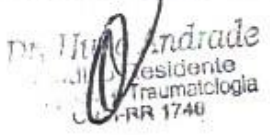
Luciano dos Santos
Enfermeiro
CORENRR 362.112






HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadoiro Eduardo Gomes n.º 3308, Bairro Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR, CNPJ: 84.013.416/0001-04
Tel. Fax: (95) 2121-0038 - Gerência Administrativa



		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA Serviço de Ortopedia e Traumatologia																																	
DATA DE ADMISSÃO		31/08/2015		DIH		2		DPO																											
PACIENTE	MARINALVA FERREIRA DE SOUZA																																		
DIAGNÓSTICO	FRAT PROXIMAL DE OSSOS DA PERNA D+ ESCAPULA D+ LESAO EM PE D																																		
ALERGIAS	NEGA		HAS		NEGA		DM2		NEGA																										
IDADE	38 ANOS		LEITO		119-01		DATA		05/09/2015																										
ITEM	PRESCRIÇÃO									HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE																																		
2	SF 0.9% 500 ML EV EM 24 h.																																		
3	CEFTRIAXONA 01 G EV DE 12/12 HS (D5-D10)																																		
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X AO DIA																																		
5	CLEXANE 40 MG 01 AMP EV 01 X DIA SC																																		
6	DIPIRONA 1 G 01 AMP EV DE 6/6 HS																																		
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA																																		
8	PLASIL 10 MG EV 8/8h (S/N)																																		
9	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM																																		
10	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																																		
11	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h																																		
12	SSVV + CCGG 6/6 H																																		
13	RETENÇÃO Sonda Vesical (ATENÇÃO)																																		
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:																																			
#ENCONTRO PACIENTE DEITADA NO LEITO, ATIVA, REATIVA, COMUNICATIVA, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS.																																			
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, SEM EDEMAS.																																			
# SOLICITADO: HEMOGRAMA, UREIA, CREATININA, GLICEMIA ATUAL, COAGULOGRAMA, RX DE TÓRAX-AP., ECG E RISCO CARDIACO.																																			
# CONDUTA: ANALGESIA																																			
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:																																			
# PREVISÃO DE ALTA:																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th>SINAIS VITAIS</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th>TEMP</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>130/70</td> <td>73</td> <td></td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>130/90</td> <td>80</td> <td></td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>1</td> <td></td> <td></td> <td>36°C</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>140/90</td> <td>75</td> <td></td> <td>36°C</td> </tr> </tbody> </table>											SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	6 H	130/70	73		36°C	12 H	130/90	80		36°C	18 H	1			36°C	24 H	140/90	75		36°C
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP																															
6 H	130/70	73		36°C																															
12 H	130/90	80		36°C																															
18 H	1			36°C																															
24 H	140/90	75		36°C																															

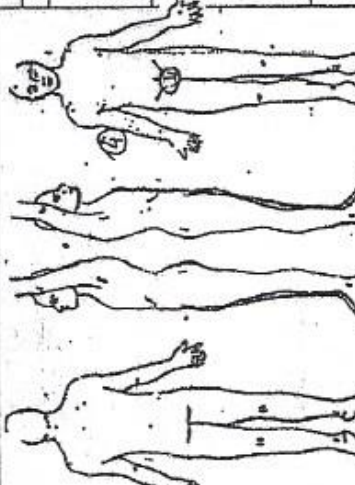
		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		31/08/2015	DIH	2	DPO		
PACIENTE	MARINALVA FERREIRA DE SOUZA						
DIAGNÓSTICO	FRAT PROXIMAL DE OSSOS DA PERNA D+ ESCAPULA D+ LESAO EM PE D						
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	38 ANOS	LEITO	119-01	DATA	06/09/2015		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE						
2	SF 0.9% 500 ML EV EM 24 h.						
3	CEFTRIAXONA 01 G EV DE 12/12 HS (D6-D10)					12-24	
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X AO DIA					12	
5	CLEXANE 40 MG 01 AMP EV 01 X DIA SC					12	
6	DIPIRONA 1 G 01 AMP EV DE 6/6 HS					12-14	
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					12-14	
8	PLASIL 10 MG EV 8/8h (S/N)					12-14	
9	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM					12-14	
10	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					12-14	
11	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					12-14	
12	SSVV + CCGG 6/6 H					12-14	
13	TROCAR IMOBILIZAÇÃO (VELPOW) POR UMA NOVA					12-14	
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># ENCONTRO PACIENTE DEITADA NO LEITO, ATIVA, REATIVA, COMUNICATIVA, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS.</p> <p># EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, SEM EDEMAS.</p> <p># SOLICITADO: HEMOGRAMA, UREIA, CREATININA, GLICEMIA ATUAL, COAGULOGAMA, RX DE TÓRAX -AP., ECG E RISCO CARDIACO.</p> <p># CONDUTA: ANALGESIA</p> <p># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:</p> <p># PREVISÃO DE ALTA:</p>							
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	 Dr. Hugo Andrade Residente Traumatologia CRP-RR 1740		
6 H	130x90	92	—	36.2			
12 H	—	—	—	—			
18 H	130x80	81	—	36.2			
24 H	130x80	98	—	36.5			




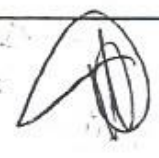
 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 	
PREScrição Médica			
DATA DE ADMISSÃO	31/08/2015	DIH	2
PACIENTE	MARINALVA FERREIRA DE SOUZA		
DIAGNÓSTICO	FRAT PROXIMAL DE OSSOS DA PERNA D+ ESCAPULA D+ LESAO EM PE D		
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA
IDADE	38 ANOS	LEITO	119-01
ITEM	PREScrição	DM2	NEGA
DATA	07/09/2015		
ITEM	PREScrição	HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE	S. N. de 12h	
2	SF 0.9% 500 ML EV EM 24 h.	12h	
3	CEFTRIAXONA 01 G EV DE 12/12 HS (D7-D10)	12h	
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X AO DIA	12h	
5	CLEXANE 40 MG 01 AMP EV 01 X DIA SC	12h	
6	DIPIRONA 1 G 01 AMP EV DE 6/6 HS	12h	
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA	12h	
8	PLASIL 10 MG EV 8/8h (S/N)	12h	
9	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM	12h	
10	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	12h	
11	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	12h	
12	SSVV + CCGG 6/6 H	12h	
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:			
<p>#ENCONTRO PACIENTE DEITADA NO LEITO, ATIVA, REATIVA, COMUNICATIVA, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS.</p> <p># EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, SEM EDEMAS.</p> <p># SOLICITADO : HEMOGRAMA, UREIA , CREATININA ,GLICEMIA ATUAL, COAGULOGAMA, RX DE TÓRAX -AP., ECG E RISCO CARDIACO.</p> <p># CONDUTA : ANALGESIA</p> <p># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :</p> <p># PREVISÃO DE ALTA :</p>			
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H	140x80	80	20




OBS: Realizado AUP. Sec. Limpato

NOME: Minerva Ferreira de Souza, 38ª



DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				TRANSOPERATÓRIO				SRPA			
Entrada na Sala	Início da Cirurgia	Início Anestesia	Término Cirurgia	Salida S.O.	Cirurgia Realizada	Anestesia	Sinais Vitais				
10:35	11:40	17:15	18:54	19:00	Uterotomia	Laqueamento	1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h				
Cirurgia Realizada: <u>Uterotomia</u> Anestesia: <u>Laqueamento</u> Sinais Vitais: <u>99%</u>				Localização: 							
1. Sondagem 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso Venoso 5. Outros				Balanço Hídrico Entradas: <u>CH</u> Saídas: <u>Dilúese 150 ml</u>							
Exames na SO: <u>10</u> Ht <u>40</u> Hb <u>14</u> Hemograma <u>1</u> Razo X () Outros:				Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de Bisturi 5. Anestesia 6. Cateter 7. Venóclise 8. Dreno 9. SNG 10. Faixa de Smark 11. Outros:							
3. Sinais Vitais: T <u>36.5</u> °C P <u>133</u> bpm FC <u>99</u> % R <u>16</u> rpm SAT <u>99</u> % Irregular <u>16</u> mmHg				4. Condições da Pele: () FAS () Ferimento () FAF () Queimado () Jor () Hematoma () Jrio () Contusão () Jdema () Deformidade () Jvulção () Amputação () Jabrasão () Jfrat. Exposta							
2. Estado Emocional/ Mental () Choro () Sonolento () Agitado () Outros:				Destino: <u>SRPA</u> () UTI () Outros:							

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				 	
DATA DE ADMISSÃO		31/08/2015	DIH	2	DPO		
PACIENTE		MARINALVA FERREIRA DE SOUZA					
DIAGNÓSTICO		FRAT PROXIMAL DE OSSOS DA PERNA D+ ESCAPULA D+ LESAO EM PE D					
ALERGIAS	NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	38 ANOS	LEITO	119-01	DATA	09/09/2015		
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE					SND	
2	SF 0.9% 500 ML EV EM 24 h.					12	
3	CEFTRIAXONA 01 G EV DE 12/12 HS (D9-D10)					12:24	
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X AO DIA					10	
5	CLEXANE 40 MG 01 AMP EV 01 X DIA SC					16	
6	DIPIRONA 1 G 01 AMP EV DE 6/6 HS					12:18 2406	
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					SN	
8	PLASIL 10 MG EV 8/8h (S/N)					/	
9	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM					06	
10	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					Atenção	
11	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					14 2206	
12	SSVV + CCGG 6/6 H					Rotina	
13	FLCCT ENEMA					Agora	
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># ENCONTRO PACIENTE DEITADA NO LEITO, ATIVA, REATIVA, COMUNICATIVA, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS.</p> <p># EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, SEM EDEMAS.</p> <p># SOLICITADO: HEMOGRAMA, UREIA, CREATININA, GLICEMIA ATUAL, COAGULOGAMA, RX DE TÓRAX -AP., ECG E RISCO CARDIACO.</p> <p># CONDUZA: ANALGESIA</p> <p># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:</p> <p># PREVISÃO DE ALTA:</p>							
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP			
6 H							
12 H							
18 H							
24 H							

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA							
		DATA DE ADMISSÃO		31/08/2015	DIH			2	DPO
		PACIENTE MARINALVA FERREIRA DE SOUZA							
		DIAGNÓSTICO FRAT PROXIMAL DE OSSOS DA PERNA D+ ESCAPULA D+ LESAO EM PE D							
ALERGIAS		NEGA	HAS	NEGA	DM2	NEGA			
IDADE		38 ANOS	LEITO	119-01	DATA	08/09/2015			
ITEM		PRESCRIÇÃO					HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE								
2	SF 0.9% 500 ML EV EM 24 h.						5 h		
3	CEFTRIAXONA 01 G EV DE 12/12 HS (D8-D10)						12		
4	TENOXICAM 40 MG EV 01 X AO DIA						12		
5	CLEXANE 40 MG-01 AMP EV 01 X DIA SC						12		
6	DIPIRONA 1 G 01 AMP EV DE 8/8 HS						12		
7	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA						12		
8	PLASIL 10 MG EV 8/8h (S/N)						12		
9	OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM						12		
10	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						12		
11	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h						12		
12	SSVV + CCGG 6/8 H						12		
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: # ENCONTRO PACIENTE: DEITADA NO LEITO, ATIVA, REATIVA, COMUNICATIVA, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES FISIOLÓGICAS. # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICA, ANICTÉRICA, AFEBRIL, EUPNEICA, NORMOCORADA, HIDRATADA, SEM EDEMAS. # SOLICITADO: HEMOGRAMA, UREIA, CREATININA, GLICEMIA ATUAL, COAGULOGAMA, RX DE TÓRAX -AP., ECG E RISCO CARDIACO. # CONDUTA: ANALGESIA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:									
SINAIS VITAIS		PA	FC	FR	TEMP				
6 H									
12 H		132/79	84	—	36.8				
18 H		130/70	79	—	36.3				
24 H									

Dr. Hugo Andrade
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 146



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA

REG:4181 /2015	D.N.:	
NOME: Marinalva Ferreira	IDADE: a	SEXO: F
EXAME: USG. Abdominal		
PROCED.: GT	MÉDICO SOLIC.: Dra. Nayara	

LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO

FÍGADO: Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contornos regulares, ecotextura parenquimatosa com ecogenecidade habitual Ramos portais e veias supra-hepáticas normais. Sistema biliar canalicular intra-órgão de calibre e trajeto preservados. Ausência de sinais diretos ou indiretos de tumor cístico ou sólido.

VESÍCULA BILIAR: Normodistendida. Paredes finas, conteúdo anecoico. Colédoco de calibre normal, 0,3mm.

PÂNCREAS: Pronunciado meteorismo gastrointestinal prejudicou a avaliação deste órgão.

BAÇO: Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contornos regulares, parênquima homogêneo, com ecogenecidade habitual e cápsula sem alterações.

RINS: Topografias habituais. Formas normais, volumes mantidos, contornos regulares, ecotexturas parenquimatosas e coletoras, normais. Relações córtico-medulares normais e mantidas. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsulas preservadas.

SEIOS COSTO-DIAFRAGMÁTICOS: Íntegros, mantendo as características habituais do espaço pleural normal.

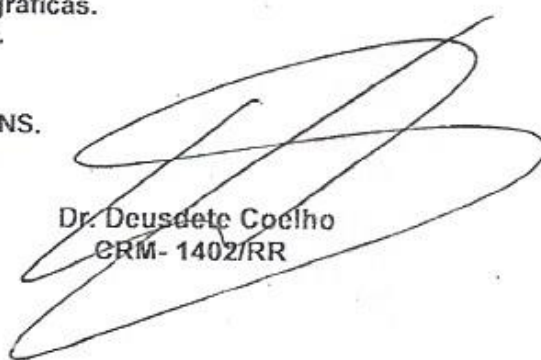
BEXIGA: Paredes normoecogênicas e conteúdo anecóico.


Ausência de líquido livre na cavidade abdominal

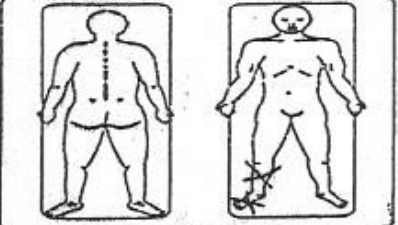
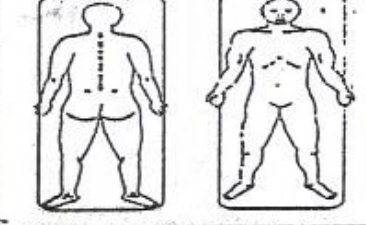
ID: Órgãos examinados sem alterações ecográficas.
Quadro clínico sem tradução ecográfica.

NÃO HÁ FILME PARA REGISTRO DE IMAGENS.

Boa Vista, 31/8/2015 18:54


Dr. Deusdete Coelho
CRM- 1402/RR

	Acompanhamento das Feridas COMISSÃO DE CURATIVO - HGR	Protocolo nº 1	VERSÃO:05
		DATA DA ELABORAÇÃO: Fevereiro 2013	
		ATUALIZADA Maio / 2014	ENF/LEITO: 119.1

Nome: <u>Marinalva Ferreira de Souza</u>			
DATA: <u>08/09/15</u> <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <u>X2</u> <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 	DATA: <input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II	Localização / Região 
Etiologia	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	
Tamanho da Ferida:	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	Comprimento _____ cm Largura: _____ cm Profundidade _____ cm	
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara	
Quantidade de Exsudato	<input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
Tipo de exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <u>leve</u> <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perifoneal:	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input checked="" type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input checked="" type="checkbox"/> Outras <u>equimose / edema</u>	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____	
Solução para limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input checked="" type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Hora do curativo:	<input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima troca:	<input checked="" type="checkbox"/> caso de + de 24hs <u>Alterar</u>		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Rozangela</u>	02- <u>Adonilte Davison</u>	01- _____ 02- _____
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.
 Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

RESULTADO DE EXAMES

PACIENTE: MARINALVA FERREIRA
REQUISICAO: 10032663
DH CADASTRADO: 03/09/2015 18:46:34

ORIGEM: HGR
DH LANÇADO: 03/09/2015 19:25:54

IDADE: 38A SEXO: FEMININO
SETOR: 05 BLOCO A LEITO: 119-1
DH LIBERADO: 03/09/2015 19:54:25

HEMOGRAMA COM CONTAGEM DE PLAQUETAS

		REFERENCIA
LEUCOGRAMA		
LEUCOCITOS	7,88 x10 ³ /uL	4.00 - 10.00
NEUTROFILOS	60,50 %	50.0 - 70.0
LINFOCITOS	29,00 %	20.0 - 40.0
MONOCITOS	3,90 %	3.0 - 12.0
EOSINOFILOS	6,20 %	0.5 - 5.0
BASOFILOS	0,40 %	0.0 - 1.0
ERITROGRAMA		
ERITROCITOS	3,60 x10 ⁶ /uL	3.50 - 5.50
HEMOGLOBINA	9,30 g/dL	11.0 - 16.0
HEMATOCRITO	29,20 %	37.0 - 54.0
VCM	81,20 ug/mL	80.0 - 100.0
HCM	25,80 pg	27.0 - 34.0
CHCM	31,80 g/dL	32.0 - 36.0
ADVGCV	12,50 %	11.0 - 16.0
ADVGS	48,10 fL	35.0 - 56.0
PLAQUETOGRAMA		
PLAQUETAS	182,00 x10 ³ /uL	150 - 450
VPM	10,60 fL	6.5 - 12.0
ADP	16,20	9.0 - 17.0
PCT	0,193 %	1.08 - 2.82

Liberado por:

Dianne Albuquerque L. S.
CRF/RR 549
Farmacêutico Bioquímico



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE MARINALVA FERNANDA DE SOUZA, 38 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 31/08/15, COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA DE ESCÁPULA (D) + FRATURA DE
DIÁFISE DE TÍBIA (D) + FRATURA DO 3º MTC (D)
NO DIA 04/09/15, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
OSTEOSSÍMTESE DE TÍBIA (D) SENDO

OPERADO PELO DR. PATRICK RABELO E DR. MARCELO ZEITUNE

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 09/09/15, ÀS φ, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 22/09/15, ÀS 13:00hs., COM O
DR. PATRICK RABELO

OBS: PACIENTE JÁ ENCAMINHADO P/ TRATAMENTO
EM SEU DOMICÍLIO P/ FRAT. DE ESCÁPULA
ORIENTAÇÕES GERAIS:

- 1- **NÃO PISAR** QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- **TOMAR** MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- **NÃO** RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- **NÃO** PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. MARCELO ARNOLD

BOA VISTA, 09/09/15

MÉDICO



Consulta por beneficiário

MA MARINALVA FERREIRA DE SOUZA

BERTURA Invalidez

URADORA RESPONSÁVEL PELO SINISTRO

ELHO NETO - CONSULTORIA, ASSESSORIA E

RETAGEM DE SEGUROS S/S LTDA. -

FILIAL/RR

EFICIÁRIO MARINALVA FERREIRA DE SOUZA

/CNPJ: 51019060263

Posição em 18-07-2017 17:54:29

Pagamento creditado ao beneficiário de acordo com os dados informados na autorização de pagamento.

Data do Pagamento	Valor da Indenizacao	Juros e Correção	Valor Total
09/06/2017	R\$ 7.087,50	R\$ 0,00	R\$ 7.087,50

