

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

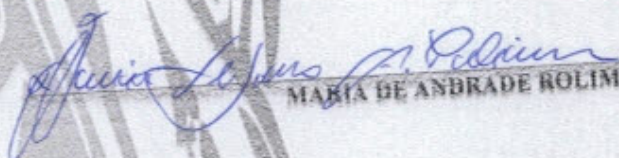
PROCURAÇÃO

Outorgante: Sra. **MARIA DE JESUS ANDRADE ROLIM**, Brasileira, solteira, servente de Limpeza, portador da cédula de identidade nº 188373 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 708.363.723-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Pedro Saraiva Coelho, nº 725 2, Bairro: Dr. Silvio Leite, CEP: 69.314-308, Tel: (95) 99135-0330 E-mail: murilomanumaria.3435@gmail.com.

Outorgado: Bel. **MARLON TAVARES DANTAS**, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 1832, com endereço profissional à Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99129-6312/98108-7779, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo ao que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula "ad judicia", bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até o final da liquidação de sentença, sendo que a título de honorários advocatícios pagarei ao advogado a importância equivalente a 30% (trinta por cento) do valor bruto do resultado da demanda, exclusivamente em caso de êxito da ação, dando à presente o carácter de contrato de honorários.

Boa Vista/RR, 11 / 06 / 2019.


MARIA DE ANDRADE ROLIM



BOLEGAR DIREITO

Avenida General Ataíde Teive, nº 2748 - A - Bairro: Liberdade, CEP: 69309-000, Boa Vista/RR, Tel. (95) 99171-7143/98100-7145
E-mail: marlondantasadvocacia@gmail.com

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ		REGISTRO CIVIL 188373	DATA DE EMISSÃO 05/09/2016
 Polegar Direito		NOME MARIA DE JESUS ANDRADE ROLIM	
		FILIAÇÃO ERASMO FERREIRA CARLOS DORALICE ANDRADE CARLOS	
ASSINATURA DO TITULAR <i>Maria de Jesus Andrade Rolim</i>		NATURALIDADE VITORINO FREIRE - MA	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		DATA DE NASCIMENTO 09/04/1978	
		DOC. ORDEM CERTD CAS 11374 FLS 274 LIV B-38 2 OF BOA VISTA - RR	
		798.363.723-34 2 VIA	
		AMADEU ROCHA TRIANI Polícia Federal - Departamento de Polícia Civil Diretor de ROR	
		LEI Nº 7.116 DE 29/06/83	



ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

MARIA DE JESUS ANDRADE ROLIM, Brasileiro, solteira, servente de Limpeza, portador da cédula de identidade nº 188373 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 798.363.723-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sítio à Rua: Pedro Saraiva Coelho, nº 725 2, Bairro: Dr. Silvio Leite, CEP: 69.314-308,

Por ser expressão da verdade, firmo o presente sob as penas da lei, tendo pleno conhecimento de que constitui em crime capitulado no código penal, fazer declaração falsa, com o fim de criar obrigações e alterar a verdade sob os fatos juridicamente relevantes.

Boa Vista/RR, 11 / 06 / 2019.


MARIA DE JESUS ANDRADE ROLIM



POLEGAR DIREITO

Eletrobras
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0141206-0

Eletrobras Distribuição Roraima
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal: 00079836322334
Regime especial de imposto autorizado pela SEFAZ 30913

Nº da Nota Fiscal: 001953408

A Tarifa Social de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2000.

CONTANTES	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2018	01/01/2019	341	327,61

MARIA DE JESUS ANDRADE ROLIM
R. PEDRO SARAIVA COELHO 725-2 DR. SILVIO LEITE
CPF: 00079836322334
CEP: 69.314-308 BOA VISTA

ROT: 30.001.29.12.036056

DADOS DA LEITURA		kWh	kVarh	DATAS DA LEITURA	
Atual:	5524			Atual:	10/12/2018
Anterior:	5183			Anterior:	10/11/2018
Constante de Multiplicação:	1,000			Próxima Leitura:	10/01/2019
Consumo Medido:	341		FCAH	Emissão:	07/12/2018
Consumo Futurado:	341			Aprovação:	10/12/2018
Situação de Instalação:		NORMAL		Data de Coleta:	30

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Classificação	Unidade	Número Medidor	Posto	Código Fiel	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BT	1010601-3-N-18-15052		1-1-1-2	276

HISTÓRICO kWh		DESCRIÇÃO DA CONTA	
Mês/ano consumo			
NOV/18	299	CONSUMO 341 A R\$ 0,791912 =	270,04
OUT/18	261	CORREÇÃO MONETÁRIA DA 09/18-00	0,14
SET/18	247	CORREÇÃO MONETÁRIA IC 09/18-00	2,67
AGO/18	230	MULTA POR ATRASO DE 1 09/18-00	1,84
JUL/18	249	MULTA POR ATRASO 09/18-00	0,45
JUN/18	270	JUROS DE MORA POR ATR 09/18-00	2,90
MAI/18	264	MULTA POR ATRASO 09/18-00	2,13
ABR/18	339	JUROS DE MORA DE IMPO 09/18-00	47,44
MAR/18	281	ILUMINAÇÃO PÚBLICA	
FEV/18	274		

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Res/Ano: 11/2018 Valor R\$: 270,12

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE INTERIORES EM SOB FATORA, POR FAVOR CANCELAR EM ASSADO CANAL DE ATENDIMENTO, RESCUEVISTA LICEN-
CIADO EM TIPO S. ADO, AMPLIAR SE IN. 10 A 10 DE 1. BOA INF SE
LICEN. MONITORIZO E FAÇA ORÇAO VENCIMENTO 1 6 11 16 24 26

RESERVADO AO FISCO B0F0.572E.FA83.C148.70CA.67CF.CCB0.F4EA

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	67,00	Base de Cálculo:	270,04
Energia:	142,05	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor de ICMS:	45,90
Encargos:	7,37	Valor de PIS:	1,37
Tributos:	53,62	Valor do COFINS:	6,35

INDICADORES DE CONTINUIDADE					
PC	PC	PC	PC	PC	PC
Valor	Valor	Valor	Valor	Valor	Valor
8,85	17,70	35,40	3,46	16,92	33,84
1,95		11,00			0,22

FLORESTA

ROT: 30.001.29.12.036056

Eletrobras
Distribuição Roraima

Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Inscrição Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 001953408

FCAH

83610000003 0 27610075000 5 00000000141 2 20601218008 2

SEQ.: 00108 UC: 0141206-0 DT. LEIT.: 10/12/2018 T. ENTR.: 07
LEITURA: 5524 NORMAL TOTAL: 327,61 CARGA: 021
DT. VENC.: 01/01/2019 IRREG. 000 COLETOR: 1092

ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

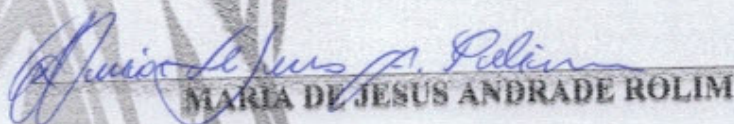
DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

MARIA DE JESUS ANDRADE ROLIM, Brasileiro, solteira, servente de Limpeza, portador da cédula de identidade nº 188373 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 798.363.723-34, residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua: Pedro Saraiva Coelho, nº 725 2, Bairro: Dr. Silvio Leite, CEP: 69.314-308.

DECLARO para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.

Boa Vista/RR, 11 / 06 / 2019.


MARIA DE JESUS ANDRADE ROLIM



BOLEGAR DIREITO

Pis 126 457890 23

TRABALHADOR

Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.935 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5432 de 01.05.1945 que aprovou a CTE. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta, a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO
FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

212.83855.64-1

4810148 0040 RR

Marlon Tavares Dantas

ASSINADO DIGITALMENTE






QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
	
MARIA DE JESUS ANDRADE ROLIM	
FILIAÇÃO	DORALICE ANDRADE CARLOS
NASCIMENTO	09/04/1979 SEXO: FEMININO
ESTADO CIVIL	CASADO
NATURALIDADE	VITORINO FREIRE - MA
DOCUMENTO	C.C. 09551101552014200038274001137471 RR 04/04/2014
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995	
CPF	798 363 723-54 CNH
TÍT. ELEITOR	SEÇÃO: ZONA
LOCAL/DATA DE EMISSÃO	SRT/RR - 22/04/2014

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FILIAÇÃO	
DATA DE NASC. CP	PARA
DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	
NOME	
DOCUMENTO	

LEGENDA

03

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS			
NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB N°	LIVRO N°	
TS	PROF N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA		
04			

REGISTRO DE PROFISSÕES REGULAMENTADAS			
NOME DO TITULAR			
REGISTRADO EM	SOB N°	LIVRO N°	
TS	PROF N°		
PROFISSÃO			
FUNÇÃO			
LEGISLAÇÃO			
LOCAL	DATA		
05			



DADOS PESSOAIS DO TRABALHADOR

CARTERAS ANTERIORES

[illegible]

CONTRATO DE TRABALHO

12.750.891/0001-82
MNE BOA VISTA COMÉRCIO LTDA - ME
Av. Getúlio Vargas, 6186 - Centro
CEP: 69.301-077
Boa Vista/Roraima
Vendedora

DATA DE EMISSÃO 30 de Janeiro de 2015
RECEBIMOS DA EMPRESA COMINAR 3.5% (três por cento)
OBS: efetuadas mensalmente
Pela Assessoria
MINE BOA VISTA COMERCIO LTDA-ME

26 de agosto de 2015
Bianca Azeite
MINE BOA VISTA COMERCIO LTDA-ME



CONTRATO DE TRABALHO	
EMPREGADOR	Boa Vista Riho Roraima Club Comerc de Calc ETRELI-EPP 22. 801.109/0001-60 Av. João Alencar N° 2181 Comp Bairro Comercial, 205-K/L, Lavoura Boa Vista RR Esp. de Estabelecimento Comercial CNPJ 5211-10
EMPREGADO	27 Agosto 2015 2 R\$ 808,00 (Oitocentos e Oito Reais) mais comissão conf pag 23 x Maria Luíza de Jesus
DATA DE ASSINATURA	03 NOVEMBRO DE 2015 Márcio de Freitas
CONCLUSÃO	
ASSINATURA	
05	

CONTRATO DE TRABALHO	
EMPRESA	PROSUL PROJETOS SUPERVISÃO E PLANEJAMENTO LTDA RUA SALDANHA MARQUES N° 116 FLORIANÓPOLIS - SC - CEP 80.994-961/0001-00 Esp. Estabelecimento ENGENHARIA CONSULTIVA CARGO SERVENTE DE LIMPEZA CBO 314202 01-00001 Data Admissão 02 de Abril de 2013 Registro No. 006901 Fim/Ficha 006901 Remuneração R\$ 125,00 (NOVECENTOS E SETENTA E CINCO E PEAIS) Especialista 01-00001
EMPREGADO	PROSUL - Projetos, Supervisão e Planej. Ltda. Antonio Marcos Vill Gerente de Recursos Humanos
DATA DE ASSINATURA	
CONCLUSÃO	
ASSINATURA	
09	



POLICIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA
DELEGACIA DE ACIDENTE DE TRANSITO
BOLETIM DE OCORRÊNCIA



BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 062/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 27/02/2018.

COMUNICANTE/VÍTIMA: MARIA DE JESUS ANDRADE ROLIM

RG: 188373 O. EXP.: SSP/RR CPF: 798.363.723-34

ENDEREÇO: RUA PEDRO SARAIVA COELHO, Nº 725/2

BAIRRO: DOUTOR SÍLVIO LEITE CIDADE: BOA VISTA -RR

SEXO: FEMININO PROFISSÃO: VENDEDORA

NATURALIDADE: VITORINO FREIRE ESTADO: MA

DATA DE NASCIMENTO: 09/04/1978 IDADE: 39 ANOS

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO MÉDIO COMPLETO

ESTADO CIVIL: VIÚVA TELEFONE: 95 99135-0330 Nº REG. CNH: 03388306364

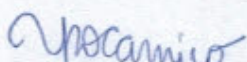
NOME DO PAI: ERASMO FERREIRA CARLOS

NOME DA MÃE: DORALICE ANDRADE CARLOS

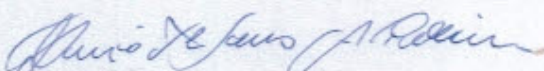
Senhor Delegado venho comunicar que aproximadamente às 17H, do dia 07/03/2016, na Rua Raio Solar, bairro Jóquei Clube, nesta capital

A comunicante relata que na data, hora e endereço acima descrito, após sair do trabalho, se dirigia ao bairro Centenário para comprar um telefone celular; QUE conduzia a motocicleta HONDA BIZ 125 ES, cor preta, placa NUJ 1338 chassi 9C2JC4820FR599791, de sua propriedade (MARIA DE JESUS ANDRADE ROLIM), RENAVAM 01069325535, quando um cachorro cruzou sua frente na via; QUE colidiu no cão e foi arremessada ao chão; QUE fraturou a perna esquerda, próximo ao joelho; QUE o SAMU compareceu ao local e levou a declarante ao HGR; QUE ficou 13 (treze) dias internada; QUE realizou uma cirurgia, na qual colocou platina e pinos no osso fraturado; QUE, em virtude do acidente, ficou afastada do trabalho por 06 (seis) meses; QUE sua perna não voltou ao normal e até hoje sente dores na perna lesionada no acidente; **QUE O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA É SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o relato**

NATUREZA DA OCORRÊNCIA: ACIDENTE DE TRÂNSITO COM DANOS MATERIAIS E VÍTIMAS


PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL
MAT. 042.000.912




MARIA DE JESUS ANDRADE ROLIM
COMUNICANTE



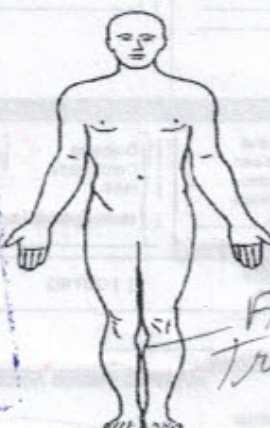
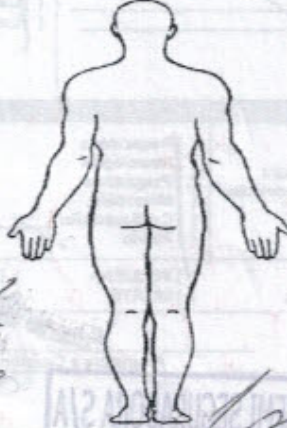
FICHA DE ATENDIMENTO	
 Bravo II 	
Unidade: <u>Bravo II</u>	Equipe: <u>Coord. João Ely + TCE. Vitorino</u>
Paciente: <u>Maria de Jesus Andrade Rolim</u>	Idade: <u>37</u> Sexo: <u>F</u>
Endereço: <u>Rua Solar, Joazeirinho</u>	
Nº: <u>4290</u>	DATA: <u>07/03/16</u>
Médico (a) Regulador (a) Dr. (a) CRM: <u>Dr. Anderson</u>	
MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ ATENDIDO NO LOCAL ☐ OUTRO	
MECANISMO DE TRAUMA	
AUTOMÓVEL Cinto: ☐ SIM ☐ NÃO Vitima: ☐ projetada ☐ encarcerada Air Bag: ☐ SIM ☐ NÃO Motorista: ☐ ☐ Passageiro ☐ dianteiro ☐ traseiro ☐ Capotamento ☐ Atropelamento ☐ Colisão	MOTO: <u>Cochonete</u> ☐ Condutor ☐ Carona ☒ Capacete ☒ SIM ☐ NÃO ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão <u>Comunidade</u> BICICLETA: ☐ Condutor ☐ Carona ☐ queda ☐ Atropelamento ☐ Colisão
VIOLÊNCIA ☐ FAB ☐ PAF ☐ Espancamento ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual ☐ Tentativa de suicídio ☐ Outro:	
OUTROS ☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ animal ☐ Outros:	
AValiação INICIAL	
Vias Aéreas ☐ Dispneia ☐ Bradpneia ☐ Taquipneia ☐ Resp. Ruidosa ☐ Obstruída ☐ Apnéia ☐ Outro: <u>Normal</u>	Ventilação ☐ M.V. Diminuído ☐ M.V. Ausente ☐ Hipertimpanismo ☐ Maciez ☐ Ferida Aspirativa
Circulação ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico ☐ Arritmico ☐ Enchimento capilar acima de 2" ☐ Ausente	
Aval. Neurológica ☐ AVDN ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Otorrêia ☐ Otorragia ☐ Rinorragia ☐ Aparentemente alcoolizado ☐ DNV	
SINAIS VITAIS E ESCORES	
Hora: <u>17:37</u>	P.A. mm/hg: <u>100/70</u>
Início: <u>17:37</u>	F.C bpm: <u>91</u>
Fim: <u>18:00</u>	F.R Mpm: <u>19</u>
Sat O ₂ %: <u>99</u>	T. Aux °C: <u>—</u>
Glicemia: <u>—</u>	Trauma: <u>13</u>
APGAR: <u>—</u>	APGAR: <u>—</u>
AValiação SECUNDÁRIA	
Pele ☐ Corada ☐ Quente ☐ Pálida ☐ Fria ☐ Úmida ☐ Seca ☐ Cianótica	Cabeça ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Laceração ☐ Hematoma ☐ Afundamento ☐ Fer. Penetrante
Face ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento ocular	Pescoço ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Hematoma ☐ Desvio da traquéia ☐ Enfisema Sub-Cutâneo
Tórax ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Tórax Instável ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento	Abdome ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Distendido ☐ Em tábua ☐ Doloroso ☐ Evisceração
Pelve ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	Coluna Dorsal ☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor
Membros ☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações	☐ Fratura <u>M. I. 5 (Peroneo)</u> ☐ Amputação
AValiação CARDIACA	
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutuer	☐ Fibrilação atrie ☐ Fibrilação entricular ☐ Assistolia
AFEÇÃO CLÍNICA	
☐ Respiratória ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Metabólica ☐ Cardiovascular ☐ Aborto	☐ Digestiva ☐ Infecçiosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica ☐ Outra: <u>Trauma</u>
HISTÓRIA PEGRESSA	
☐ Diabetes ☐ Cardiopatia ☐ HAS ☐ Medicação de uso	☐ Alergias ☐ Outros
GRAVIDADE COMPROVADA: ☐ ILESO ☐ SEVERA	PEQUENA ☐ MORTE ☐ MÉDIA ☐ GRAVE ☐ FATAL
Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino): <u>Eduardo Roberto de Souza</u>	
INCIDENTE ☐ Cancelamento ☐ Recusa de Atendimento ☐ Não se encontrava no local ☐ Recusa de hospitalização ☐ Trote ☐ Bombeiro no local:	MULTIPLoS MEIOS ACIONADOS ☐ Polícia Militar ☐ Guarda Municipal ☐ SMTRAN ☐ Bombeiro ☐ Outros:
Iniciada as: <u>25 MAIO 2018</u>	DADOS PESSOAIS DA VITIMA: <u>Stephane</u>
RCP com sucesso ☐ RCP sem sucesso ☐ Obs.:	CONFERE COM O ORIGINAL EM: <u>15/04/16</u> <u>09:28</u>

DESTINO	☒ Atendido no local ☒ Trauma HGR ☒ Pronto Atendimento ☒ Coronel Mota	☐ Cosme e Silva ☐ HCSA ☐ Maternidade ☐ Outros
TERMINO DO PACIENTE	Descrição:	
	Nome do Receptor:	
	Função do Receptor:	
	Assinatura do Receptor:	
TERMO DE RECUSAS	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:	
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____	

As 17:54 vítima de Colisão moto e Carro, urcon-
trada rentode SSVV punuade, com opacate
ultrazendo. Apresentando Provável Fratura em
MTE.

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

Colocado em prancha rígida
feito Imobilização cervical + membro aptado.
Ligado ao GT-HGR.

SABEMI SEGURADORA S/A 25 MAIO 2018 RECEBIDO			CONFERE COM O ORIGINAL EM: 15/04/16 Stephane
	Fratura (Tornozelo direito)		
GESTANTE		MATERIAL E MEDICAÇÃO	
IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____		1 amp Tyloct 20 mg	
Perda de líquido: _____ BCF: _____		1 amp dipren	
☐ Com cartão ☐ Sem cartão		1 amp 18	
		1 equipe móvel	

... 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

07/03/2016 18:18:17

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 34.

Paciente: **MARIA DE JESUS ANDRADE CARLOS** Data Nascimento: **09/04/1978** Idade: **37 A 10 M 28 D** CNS: **79836372334** CPF: **79836372334** Prontuário

Tipo Doc: **IDENTIDADE 188373** Documento: **SSP/RR** Data Emissão: **F** Sexo: **CASADO(A)** Raça/Cor: **BRANCA** Naturalidade: **(95) 99135-0330** Contato: **NÃO INFORMADA** Ocupação:

Mãe: **DORALICE ANDRADE CARLOS** Endereço: **RUA - C-38 - 1209 - ALVORADA - BOA VISTA - RR**

Class. de Risco: **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio: **URGÊNCIA** N° da Carteira: **Profissional do Atend.** Validade: **Procedência** Autorização: **Temp.** Sis Prenatal: **Peso** Pressão: **Registrado por: FRANCA.CASTRO**

Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Setor: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol.

Queixa Principal: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

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

anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)
Historia trauma moto; Nexo direto e consensual;
A. Vias Superiores

Exame Físico: **B. MV +, sem ruidos adventícios**
C. Bmf. R +, R-R

Hipótese Diagnóstica: **D. Fratura de Hado Tibial**
E. membros inferiores (E)

SADT - Exames Complementares: ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS: **19.**

PRESCRIÇÃO: **1. morfina 10mg + 9ml - 3.0ml**

Conduta: ☐ Alta por Decisão Médica ☐ Alta a Pedido ☐ Alta a Revelia ☐ Transferência para: ☐ Ambulatório ☐ Observação (Até 24h) ☐ Internação

óbito: ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: **Eduardo Rodrigues S. Pereira** Médico **Carimbo e Assinatura do Médico**

Impresso por: franca.castro
Data Hora: 07/03/2016 18:20:20

1600556806

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 - N° DO PRONTUÁRIO	
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	
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
				15 - UF	
				16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
fratura de fêmur (E)					
interna					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
clínico + intern					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)					
clínico + intern					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
fratura de fêmur (E)					
21 - CID 10 PRINCIPAL					
22 - CID 10 SECUNDÁRIO					
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
26 - CLÍNICA					
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
28 - DOCUMENTO					
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE					
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)					
33 - ACIDENTE DE TRABALHO					
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO					
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO					
36 - CNPJ DA SEGURADORA					
37 - N° DO BILHETE					
38 - SÉRIE					
39 - CNPJ EMPRESA					
40 - CNAE DA EMPRESA					
41 - CSOR					
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA					
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR					
45 - DOCUMENTO					
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)					
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					

SABEMI SEGURADORA S/A
25 MAIO 2018
RECEBIDO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620
AUTENTICAÇÃO
02 JUN. 2018
Certifico e Dou Fé que a presente
cópia é fiel Reprodução Original
que foi apresentada neste Hospital

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: _____ LEITO: _____

DIAGNÓSTICO: mao fe frus DATA: 04/03/16

ITEM	DESCRIÇÃO	HORÁRIO																																
1	Dieta oral livre	SND																																
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12 - 24																																
3	Cefalotina 1g lamp + AD (EV) 6/6h <i>(sup)</i>	12-18-24-06																																
4	Tenoxicam 20mg - 1 lamp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h	10'-22'																																
5	Omeprazol 40 mg - 1 lamp EV pela manhã	06																																
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N) <i>SN</i>	S/N																																
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h <i>S</i>	12'-18-24'-06																																
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h <i>SN</i>	14 - 22 - 06																																
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg <i>SN</i>	SN																																
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo: <table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></tbody></table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA	<table border="1"><thead><tr><th colspan="3">S/N</th></tr><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>	S/N				GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																																	
200-250	2 UI SC																																	
251-300	4 UI SC																																	
301-350	6 UI SC																																	
351-400	8 UI SC																																	
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																																	
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV+ AVISAR AO PLANTONISTA																																	
S/N																																		
	GLICEMIA	I.R.																																
12:00																																		
18:00																																		
24:00																																		
06:00																																		
11	Cuidado diário 1x ao dia	M																																
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																																
13																																		
14																																		
15																																		
16																																		
Evolução Médica:																																		
Dr. Dalson Denis da Silva Feitosa Ortopedia - Traumatologia CRM-RR 1176 SABEMI SEGURADORA S/A 25 MAIO 2018 RECEBIDO																																		
SINAIS VITAIS																																		
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)																														
12:00																																		
18:00																																		
24:00																																		
06:00																																		

202-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: M^c Jéssica Jesus Anacleto LEITO: _____

DIAGNÓSTICO: A. H. O.

DATA: 8.3.16

ITEM	DESCRIÇÃO	HORÁRIO																										
1	Dieta oral livre	SND																										
2	SF 0,9% 1000 ml (24h)	12-24																										
3	Cefalotina 1g lamp + AD (EV) 6/6h	12-18-24-06																										
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20ml de 12/12h	10-22																										
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	06																										
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																										
7	Dipirona 500mg/ml - 2ml EV 6/6h	12-18-24-06																										
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	14-22-06																										
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	S/N																										
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo: <table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></tbody></table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA	<table border="1"><thead><tr><th colspan="2">S/N</th></tr><tr><th></th><th>I.R.</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td></tr></tbody></table>	S/N			I.R.	12:00		18:00		24:00		06:00	
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																											
200-250	2 UI SC																											
251-300	4 UI SC																											
301-350	6 UI SC																											
351-400	8 UI SC																											
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																											
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA																											
S/N																												
	I.R.																											
12:00																												
18:00																												
24:00																												
06:00																												
11	Curativo diário 1x ao dia	M																										
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																										
13																												
14																												
15																												
16																												

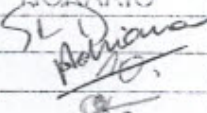
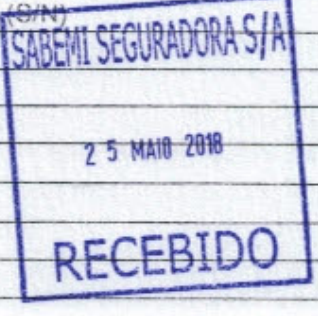
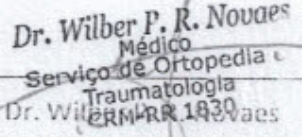
Evolução Médica:

SINAIS VITAIS				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	122 x 81	84		
18:00	106 x 74	80		
24:00	106 x 72	79		
06:00	128 x 61	86		

Dextro 113 mg/dl.



202-2

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA  						
DATA DE ADMISSÃO		26/02/2016	DIH	13	DN	28/10/1968
PACIENTE MARIA DE JESUS						
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS	AINE	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	37a	LEITO	1111	DATA	09/03/2013	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					 12:20 S.V. 16:24 08 S.V. Rdr S.V.
2	TENOXICAM 40 MG 01 X DIA (suspensão)					
3	OMEPRAZOL 40MG EV 8/8H PELA MANHA					
4	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)					
5	DIPIRONA 500MG - 2ML EV DE 8/8H					
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
8	CURATIVO DIÁRIO					
9	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS 6/6H					
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					
11	CURATIVO DIÁRIO					
12						 25 MAIO 2018 RECEBIDO
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20	Pct apresentou vômitos após administração do item 2; relata mal estar todas as vezes que se administra a mesma; enfermeiraiente.					
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES						
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.						
# SOLICITADO:						
# CONDUTA:						
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA						
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO						
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	 Dr. Wilber P. R. Novaes Médico Serviço de Ortopedia e Traumatologia CRM RR 1830 Residente de Ortopedia e Traumatologia	
6 H						
12 H	95x65	79	—	36.9		
18 H	111x71	77	—	36°C		
24 H	100x60	91	—	36°C		
6hs	910x70	90	—	36°C		

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO	26/02/2016	DIH	14	DN	28/10/1968	
PACIENTE	MARIA DE JESUS					
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS	AIU	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	37	LEITO	111-1	DATA	10/03/2016	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N	
2	TENOXICAM 40 MG 01 X DIA (suspendido)					
3	OMEPRAZOL 40MG EV 8/8H PELA MANHA				S/N	
4	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)				S/N	
5	DIPIRONA 500MG - 2ML EV DE 8/8H				S/N	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				S/N	
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N	
8	CURATIVO DIÁRIO				S/N	
9	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS 6/6H				S/N	
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				S/N	
11	CURATIVO DIÁRIO				S/N	
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES						
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.						
# SOLICITADO:						
# CONDUTA:						
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA						
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO						
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
6 H	108x71	81		36		
12 H	100x80	80		36.5°C		
18 H	105x76	85		36.8°C		
24 H	109x66	87	18	36.5		

SABEMI SEGURADORA S/A

25 MAIO 2018

RECEBIDO

Dr. Wilber P. R. Novoa

Médico

Serviço de Ortopedia e

Traumatologia

Dr. VCM RR 1830

Residente de Ortopedia e

Traumatologia

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		 	
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO	26/02/2016	DIH	15
DN	28/10/1968		
PACIENTE	MARIA DE JESUS		
DIAGNÓSTICO	202 - 1		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	1111	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LÍQUIDA		SND
2	TENOXICAM 40 MG 01 X DIA (suspensão)		
3	OMEPRAZOL 40MG EV 8/8H PELA MANHÃ		
4	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)		
5	DIPIRONA 500MG - 2ML EV DE 8/8H		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h		
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
8	CURATIVO DÍARIO		
9	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS 6/6H		
10	SIMETICONA 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		
11	CURATIVO DÍARIO		
12			
13			
14			
15			
16			
17			
18			
19			
20			

SABEMI SEGURADORA S/A
 25 MAIO 2018
 RECEBIDO

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DETACHADO DO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACARICADO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

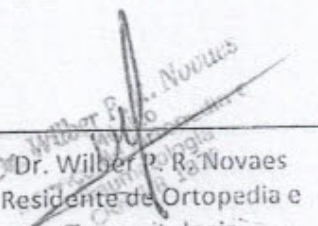
CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FR	TEMP
6 H	110x70 7.6		36.0
12 H	107x80 10.3		36.0
18 H			
24 H	110x70 8.3		36.0

9.15: 120 x 80 8-98


 Dr. Wilber P. R. Novaes
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							
DATA DE ADMISSÃO		26/02/2016	DIH	16	DN	28/10/1968			
PACIENTE	MARIA DE JESUS								
DIAGNÓSTICO	202-2								
ALERGIAS			HAS	NEGA	DM2	NEGA			
IDADE			LEITO	2001	DATA	12/03/2016			
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO			
1	DIETA ORAL LIVRE					SND			
2	TENOXICAM 40 MG 01 X DIA (suspensão)					usp.			
3	OMEPRAZOL 40MG EV 8/8H PELA MANHA								
4	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)					S/N			
5	DIPIRONA 500MG - 2ML EV DE 8/8H					12-18 (240051 do)			
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					(de novo) 14-22			
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					S/N			
8	CURATIVO DIÁRIO					M			
9	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS 6/6H					10-12			
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					S/N			
11	CURATIVO DIÁRIO					M			
12									
13									
14									
15									
16									
17									
18									
19									
20									
SABEMI SEGURADORA S/A 25 MAIO 2018 RECEBIDO									
EVOLUÇÃO MÉDICA:									
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES									
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.									
# SOLICITADO:									
# CONDUTA:									
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA									
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO									
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP	Dr. Wilney P. Novaes Dr. Wilney P. Novaes Serviço de Ortopedia e Traumatologia CRM-RR 1650				
6 H	110x60	70	—	—					
12 H	120x80	73	—	35.8°C					
18 H	120x80	70	—	36°C					
24 H	100x60	70	—	—					

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		26/02/2016	DIH	17	DN	28/10/1968
PACIENTE		MARIA DE JESUS				
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE PLATO ESQUERDO				
ALERGIAS	AINE	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	2021	DATA	13/03/2016	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SNB
2	TENOXICAM 40 MG 01 X DIA					16-21 09
3	OMEPRAZOL 40MG EV 8/8H PELA MANHA					SN
4	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)					SN
5	DIPIRONA 500MG - 2ML EV DE 8/8H					SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					SN
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SN
8	CURATIVO DIÁRIO					M
9	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS 6/6H					ROTINA
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					SN
11	CURATIVO DIÁRIO					M
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						

SABEMI SEGURADORA S/A

25 MAIO 2018

RECEBIDO

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

SOLICITADO:

CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Hora	T	P	R	PA
12:00	36.0	96	-	109 x 74
18:00	36.7	80	-	100 x 70
24:00	36.7	86	-	110 x 70
06:00	37.0	86	-	110 x 70

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Wilber P. R. Novaes
Residente de Ortopedia e Traumatologia

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA  						
DATA DE ADMISSÃO		26/02/2016	DIH	18	DN	28/10/1966
PACIENTE	MARIA DE JESUS					
DIAGNÓSTICO	FRATURA DE PLATO ESQUERDO					
ALERGIAS	AINE	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE		LEITO	202-1	DATA	14/03/2016	
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
2	TENOXICAM 40 MG 01 X DIA					
3	OMEPRAZOL 40MG EV 8/8H PELA MANHA					
4	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)					
5	DIPIRONA 500MG - 2ML EV DE 8/8H					
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA					
7	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					
8	CURATIVO DIÁRIO					
9	SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS 6/6H					
10	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)					
11	CURATIVO DIÁRIO					
12						
13						
14						
15						
16						
17						
18						
19						
20						
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: # CONDUTA: # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO						
SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TEMP		
6 H						
12 H	100x72	88	-	36.8°		
18 H	110x75	93	-			
24 H	100/70	82	-	36°		
06:00	100/70	71	-	36.2°		

SABEMI SEGURADORA S.

25 MAR 2018

RECEBIDO

Dr. Wilber P. R. Novais
 Serviço de Ortopedia e Traumatologia
 18/03/2018

202-1

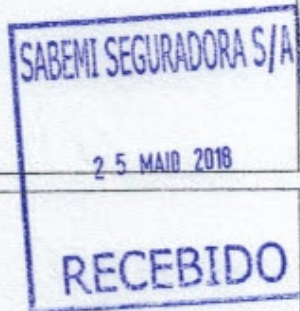
PRE-OP

		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA									
GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima											
PRESCRIÇÃO MÉDICA											
DATA DE ADMISSÃO		26/02/2016		DIH		19		DN		28/10/1968	
PACIENTE		MARIA DE JESUS									
DIAGNÓSTICO		FRATURA DE PLATO ESQUERDO									
ALERGIAS		AINE		HAS		NEGA		DM2		NEGA	
IDADE				LEITO		202-1		DATA		15/03/2016	
ITEM		PRESCRIÇÃO								HORÁRIO	
1		JEJUM								S+D	
2		OMEPRAZOL 40MG EV 8/8H PELA MANHA								OG	
3		METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H (S/N)								S+D	
4		DIPIRONA 500MG - 2ML EV DE 8/8H								25 06 24	
5		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA								S+D	
6		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG								S+D	
7		CURATIVO DIÁRIO								M	
8		SINAIS VITAIS E CUIDADOS GERAIS 6/6H								Roraima	
9		CURATIVO DIÁRIO								M	
10											
11											
12											
13											
14											
15											
16											
17											
18											
19											
20											
EVOLUÇÃO MÉDICA:											
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO : # CONDUTA : # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : PACIENTE EM PROGRAMAÇÃO CIRURGICA 15/03/2016 # PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO											
SINAIS VITAIS		PA		FC		FR		TEMP			
6 H		99 x 71		85				36.5			
12 H											
17h 18 H		109/70		97				36.5°C			
24 H											

SABEMI SEGURADORA S/A
 25 MAR 2018
 RECEBIDO

Dr. Wilber P. R. Novaes
 Médico
 Serviço de Ortopedia e Traumatologia
 Dr. Wilber P. R. Novaes
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

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





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 15/03/2016 O.S. _____

Marlon de Sousa Aguiar

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

Fratura de platô tibial

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: _____

TIPO DE INTERVENÇÃO: *Craniotomia*

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: *Artroscopia de joelho*CIRURGIÃO: *Dr. Vitor*1º AUXILIAR: *Dr. Bruno*2º AUXILIAR: *Dr. Vitor*

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: *Dr. Vitor*

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

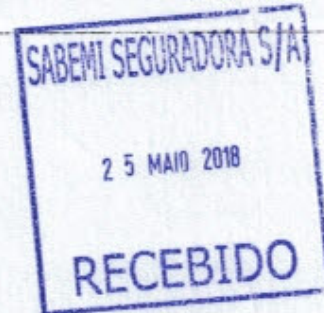
INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Ponto de entrada e anestesia
2. Anestesia + antiespasmódico
3. Colocação de campos estéreis
4. Injeção analgésica
5. Incisão por planos e identificação do foco de fratura
6. Identificação da consolidação recente;
7. Realização de osteotomia no platô e no lateral,
8. Colocação da placa, com fixação com os parafusos
9. Realização onetomia e realização radiográfica do osso
10. Realização e revisão de hemostasia;
11. Lavagem
12. Sutura por planos
13. Curativo
14. RPA





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
— "Amazônia Patrimônio dos Brasileiros" —

JS/03/2016 FICHA DE ANESTESIA

Maria de Jesus Andrade, 37a

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO		N°	
344		15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
AGENTES	14 20 02	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
LÍQUIDOS VENOSOS	14 20 02	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
DA	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
ULSO	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
ANES	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
OP	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
TEMP	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
ASPIR	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
A	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
RESP	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
O	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
Export	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
Assist	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
Contro	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
SÍMBOLOS	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
AGENTES	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
A	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
B	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
C	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
D	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
E	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
F	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
G	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
GLICOSE	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
HCO3	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
SANGUE	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
TOTAL	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
OPERAÇÃO	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
ANESTESIA	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
CÓDIGO	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	
PERDA SANGÜEA	38 36 34 32 30	15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45	

Evelhine Fernandes
Anestesiologista
CRM 1424/RR

SABEMI SEGURODORA S/A

25 MAIO 2018

RECEBIDO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		37ª	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Maio de Jesus Andrade		207-1			15/03/16
CARLOS		CIRURGIA			
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
osteomielite de pelo tibial esquerdo		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		14:42	16:00		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Dr. Evelyn	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		Res. Fabio	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE		Jaice	
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Rogue					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
2	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		2	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	1000ml
2	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0		1	FRASCOS- SORO GLICOSADO	500ml
1	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº	0
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº	4-0
1	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº	20		FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		1	FIO SEDA Nº	staples crem 15cm
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL	Algodão 010
	SERINGA 03ML		1	GERA P-ÓSSO	Eletrodo
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	topico 500ml
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	cloridina 300ml
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	Alcool 500ml
				OUTROS:	

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

SABEMI SEGURADORA S/A
25 MAIO 2018
RECEBIDO



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopédia

Tipo Cirurgia:

Osteossintese de Fratura de platô
tibial esquerda

Data: 15/03/16

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Marina de Jesus André de Carvalho 37^{os}

Bloco: B Enfermaria 202 Leito: 1

Caixa: Grandes Fragmentos Nº 4, 5

Circulante: gripe Sala 04

Conferência Expurgo CME

Material Utilizado:

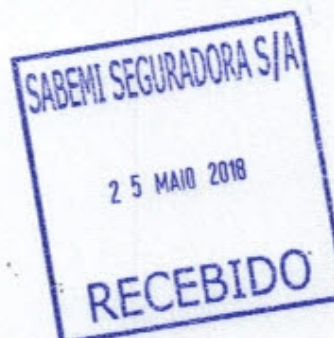
Placa OCP nro 4 F-1
Parafuso espongoso nº 60-1
Parafuso cortical nº 34-11

CRM: 1547 / EOI 10488
Dr. Bruno Tavares dos Santos
Ortopedia e Traumatologia

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME





SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA
NOME: Marcelo de Jesus Cavalcante Costa

DADOS PRE-OPERATORIO

Data: 15/03/16

Reg: 37

Checklist: ☒ Emergência ☐ U.T.I. ☐ Eletrocardiograma ☐ U.T.I. ☐ Outros: ☐

Cirurgia Previsível: Prostetização de joelho esquerdo

1. Informações: ☒ Jejum ☐ Soro anestésico ☐ Jólis ☐ Litotaxia ☐ Banho ☐ Sanguine ☐ Alegria ☐ Cardíaca ☐ Exames ☐ Iasmático ☐ Outros: ☐

2. Estado Emocional/ Mental: ☐ Choro ☐ Sonolento ☐ Agitado ☒ Outros: Ansioso

3. Sinais Vitais: T: 36,5 °C P: 72 bpm FC: 90 mmHg SAT: 98 % ☐ Regular ☒ Irregular

4. Condições da pele: ☐ IFAE ☐ Ferimento ☐ IFAF ☐ Queimado ☐ IFAE ☐ Contusão ☐ IFAE ☐ Deformidade ☐ Amputação ☐ IFAE ☐ Mordida ☐ Mordida

TRANSOPERATORIO

Entrada na Sala: 14:00 Início da Cirurgia: 14:20 Início Anestesia: 14:20 Término Cirurgia: 16:00 Saída S.O.: 16:00

Cirurgia Realizada: Prostetização de joelho esquerdo Anestesia: Local Posicionamento: Prone

Hidratação: 500 Antibiótico: Clindamicina Hemoderivados: CH

SF a 10%: 500 Nome: Clindamicina CH: CH

SG a 10%: 500 Dose: 500 Plaquetas: Plaquetas

Outros: Plaquetas N° de compressas oferecidas: 1 N° de compressas recolhidas: 1

Sinais Vitais: T: 36,5 °C P: 72 bpm FC: 90 mmHg SAT: 98 % ☐ Regular ☒ Irregular

Exames na SO: ☐ Ht ☐ Hb ☒ Hemograma ☒ Raios X ☐ Outros: ☐

Legenda: 1. Eletrodos 2. Oxímetro 3. PVC 4. Placa de bisturi 5. Incisão 6. Cateter 7. Vendelise 8. Dreno 9. SNG 10. Faixa de Smarch 11. Outros: 6

Destino: ☒ SRPA ☐ UTI ☐ Outros: 6

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/ 2005 "adaptado pelos Enfermeiros HGR-PAAR-PSFE-RR/2015"

SRPA

Anestesia

Cirurgia Realizada: Prostetização de joelho esquerdo Localização: Prone

1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso Venoso 5. Outros: 6

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

1h 15' 30' 45' 2h 3h 4h 5h

SABEMI SEGURADORA S/A
25 MAR 2018
RECEBIDO

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

Nome M^{de} Paulo André de Castro
Cirurgião Responsável Dr. Paulo André de Castro

Anestesiista Dr. Evandro

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

() PACIENTE CONFIRMOU

- Identidade
- Sítio Cirúrgico
- Procedimento
- Consentimento

() RISCO CIRÚRGICO

- Aplica
- Não se Aplica

() SÍTIO DEMARCADO/NÃO SE APLICA

() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDA

() OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

() Não () Sim

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

() Não
() Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

() Não
() Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

() CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- Identificação do paciente
- Sítio cirúrgico
- Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS

() REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

() REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Sim
() Não se aplica

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim
() Não se aplica



SÁIDA (Sala Pós-Operatória)

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

(X) O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

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

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

() SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM
EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

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

Assinatura e Carimbo

Data

Assinatura e Carimbo

Hora

202-1

ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Leito: 202-1

Prescrição Médica Diária

Paciente: Maria de Jesus Anacleto

Médicos Responsáveis: _____

HD: Fra + de pto da tibia e fêmur esquerdo

Data: 15/03/2016

Item	Prescrição	Horário
01	DIETA ORAL LIVRE SF 0,9% 500ml EV (enife)	16:00 / 18:00
02	SCALP SALINIZADO	Manter
03	TILATIL 20MG EV 12/12H (suspensão)	
04	CEFALOTINA 1G EV 6/6H	16:00 / 18:00
05	DIPIRONA 1 AMP EV 6/6H	16:00 / 18:00
06	PLASIL 1 AMP EV 8/8H S/N	
07	OMEPRAZOL 20MG EV 1 X DIA	18:00
08	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV 8/8 (S/N)	24:00 / 06:00
09	CAPTOPRIL 25MG 1 COMP VO se PA > 160X100MMHG	
10	CURATIVO DIÁRIO	m
11	COGG + SSVV 6/6 H	Posto em
Dr. Wilber P. R. Noves Médico Serviço de Ortopedia e Traumatologia CRM-RS 1830 SABEMI SEGURADORA S/A 25 MAIO 2018 RECEBIDO		24:00 PA = 110/80 FE = 95 T = 36,5°C
		06:00 PA = 120/80 FE = 82 T = 36,5°C

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Marino do Jesus Albuquerque LEITO: 202-1

DIAGNÓSTICO: Fratura de plátio - DATA: 16 / 03 / 2016

ITEM	DESCRIÇÃO	HORARIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h) <u>SF 0,9% 500ml (24h)</u>	12-18-24-06 <u>12-24</u>																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	12-18-24-06 <u>10-22</u>																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h <u>(suspensão)</u>	12-18-24-06 <u>06</u>																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	12-18-24-06 <u>S/N</u>																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	12-18-24-06 <u>10-22</u>																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	12-18-24-06 <u>10-22</u>																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	12-18-24-06 <u>10-22</u>																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	SN																													
10	Glicemia capilar (). Conferir conforme esquema abaixo:	S/N																													
	<table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-350</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></tbody></table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-350	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-350	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13																															
14																															
15																															
16																															

Dr. Wilber P. R. Nova
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1830

Evolução Médica:

SABEMI SEGURADORA S/A
25 MAIO 2018
RECEBIDO

SINAIS VITAIS				
	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	138x87mmHg	69bpm	-	37,5°C
18:00	127x75	75	-	36,5
24:00	122x76	84	-	37,0
06:00	133x72	80	-	35,6°C

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO MÉDICA ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PACIENTE: Maria de Jesus Anacleto LEITO: 707-1

DIAGNÓSTICO: Fratura de fêmur DATA: 17/03/2016

ITEM	DESCRIÇÃO	HORÁRIO																													
1	Dieta oral livre	SND																													
2	SF 0,9% 1000 ml (24h) <u>SFO,9% 500ml (12h)</u>	<u>12-24</u>																													
3	Cefalotina 1g 1amp + AD (EV) 6/6h	<u>12-18-24-06</u>																													
4	Tenoxicam 20mg - 1amp EV 12/12h ou VO 20mh de 12/12h <u>(supleno)</u>	<u>10-22</u>																													
5	Omeprazol 40 mg - 1amp EV pela manhã	<u>06</u>																													
6	Metoclopramida 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N																													
7	Dipirona 500mg /ml - 2ml EV 6/6h	<u>12-18-24-06</u>																													
8	Tramadol 100 mg (VO) ou + SF 0,9% 100 ml EV 8/8h	<u>14-22-06</u>																													
9	Captopril 25 mg VO se PAS $\geq$ 160 e/ou PAD $\geq$ 100 mmHg	SN																													
10	Glicemia capilar (). Corrigir conforme esquema abaixo:	S/N																													
	<table border="1"><thead><tr><th>GLICEMIA</th><th>INSULINA REGULAR</th></tr></thead><tbody><tr><td>200-250</td><td>2 UI SC</td></tr><tr><td>251-300</td><td>4 UI SC</td></tr><tr><td>301-350</td><td>6 UI SC</td></tr><tr><td>351-400</td><td>8 UI SC</td></tr><tr><td>> 400</td><td>10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr><tr><td>< 70</td><td>GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA</td></tr></tbody></table>	GLICEMIA	INSULINA REGULAR	200-250	2 UI SC	251-300	4 UI SC	301-350	6 UI SC	351-400	8 UI SC	> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA	< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA	<table border="1"><thead><tr><th></th><th>GLICEMIA</th><th>I.R.</th></tr></thead><tbody><tr><td>12:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>18:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>24:00</td><td></td><td></td></tr><tr><td>06:00</td><td></td><td></td></tr></tbody></table>		GLICEMIA	I.R.	12:00			18:00			24:00			06:00		
GLICEMIA	INSULINA REGULAR																														
200-250	2 UI SC																														
251-300	4 UI SC																														
301-350	6 UI SC																														
351-400	8 UI SC																														
> 400	10 UI SC + AVISAR AO PLANTONISTA																														
< 70	GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR AO PLANTONISTA																														
	GLICEMIA	I.R.																													
12:00																															
18:00																															
24:00																															
06:00																															
11	Curativo diário 1x ao dia	M																													
12	Sinais vitais + Cuidados gerais 6/6 h	ROTINA																													
13																															
14																															
15																															
16																															

Evolução Médica:

SINAIS VITAIS

	P.A. (mmHg)	P. (b.p.m.)	R. (r.p.m.)	T (°C)
12:00	110 x 80	85		36,1
18:00	122 x 80	76		36,9
24:00	122 x 84 mmHg	84		36,2
06:00	102 x 69 mmHg	60		36,0

SABEMI SEGURADORA S/A
25 MAIO 2018
RECEBIDO

SINISTRO 3180248441 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA MARIA DE JESUS ANDRADE ROLIM

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE

INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Boa Vista-RR

BENEFICIÁRIO MARIA DE JESUS ANDRADE ROLIM

CPF/CNPJ: 79836372334

Posição em 06-02-2019 12:17:33

Seu pedido de indenização foi concluído com a liberação do pagamento. O valor abaixo será creditado na conta que você indicou no formulário de autorização de pagamento. O prazo para o banco confirmar o pagamento é de até 5 dias úteis. Caso não identifique o valor em sua conta após esse período, volte a consultar o processo aqui no site.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
30/07/2018	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

