

# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## PROCURAÇÃO

**Outorgante:** ANAUAN ARAUJO DE SOUSA Brasileiro, solteiro, militar, portador (a) da cédula de identidade nº 509329-5 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 013.797.752-21 residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua 05 nº 444, Bairro: Jardim tropical, CEP: 69.314-600. Tel: (95) 98111-0698 E-mail: anauanaraujo@icloud.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 no 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 judícia", 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, 15 08 2019.

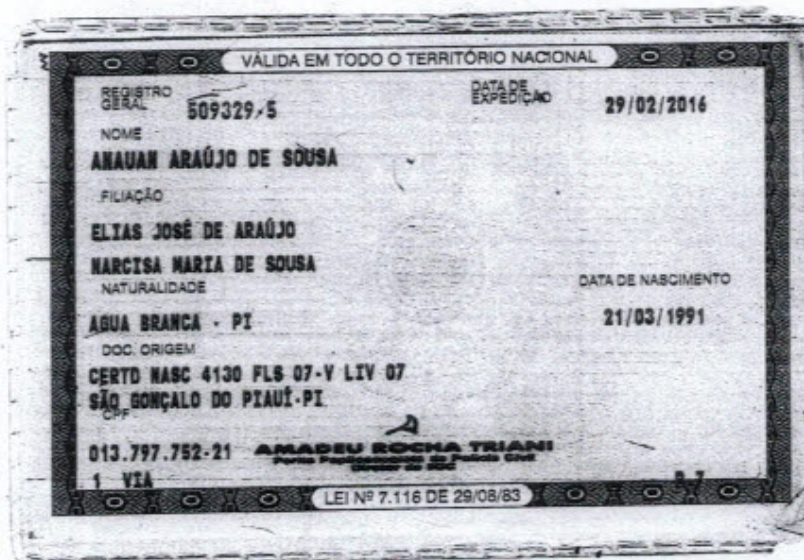
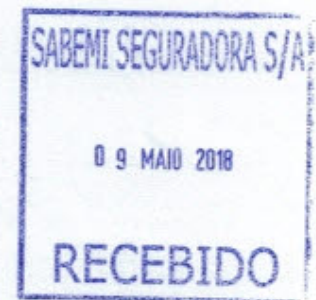
  
ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

ADVOCACIA



POLEGAR DIREITO







# ADVOCACIA

ADVOCACIA & CONSULTORIA

## DECLARAÇÃO DE RESIDÊNCIA

ANAUAN ARAUJO DE SOUSA Brasileiro, solteiro, militar, portador (a) da cédula de identidade nº 509329-5 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 013.797.752-21 residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua 05 nº 444, Bairro: Jardim tropical, CEP: 69.314-600.

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, 15 / 08 / 2019.

  
ANAUAN ARAUJO DE SOUSA



POLEGAR DIREITO



**RORAIMA ENERGIA S.A**  
AV. CAPITAO ENE GARCEZ 891 - CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ 02.341.470/0001-44 IE 240070223

## SEGUNDA VIA DE CONTA DE ENERGIA

Emitida conforme Art. 87 Resolução 456/2000 da ANEEL NF 3.290.449

**ANAUAN ARAUJO DE SOUSA**

R 05. 444

JARDIM TROPICAL

69314-600 BOA VISTA

RR

|                                 |                                 |                                                      |
|---------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br><b>122210-4</b> | MÊS<br><b>JUL/2019</b>          | PERÍODO DE CONSUMO<br><b>19/06/2019 a 22/07/2019</b> |
| CONSUMO (kWh)<br><b>86</b>      | VENCIMENTO<br><b>06/08/2019</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>91,28</b>                        |

### OBSERVAÇÕES

- A taxa de R\$ 2,94 referente a emissão desta segunda-via não será cobrada
- Atraso no pagamento será cobrado em conta futura com multa de 2,00% e juros de mora de 0,03% ao dia
- Ligue RREN: 08007019120

autenticação mecânica

recorte aqui



**RORAIMA ENERGIA S.A**  
AV. CAPITAO ENE GARCEZ 891 - CENTRO - BOA VISTA  
CNPJ 02.341.470/0001-44 IE 240070223

|                                 |                        |                               |
|---------------------------------|------------------------|-------------------------------|
| CÓDIGO ÚNICO<br><b>122210-4</b> | MÊS<br><b>JUL/2019</b> | TOTAL A PAGAR<br><b>91,28</b> |
|---------------------------------|------------------------|-------------------------------|

836000000007 912800750008 000000001222 210407190052





# ADVOCACIA

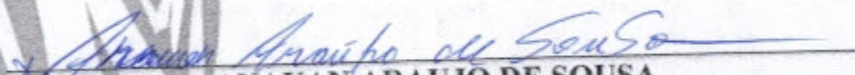
## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

ANAUAN ARAUJO DE SOUSA Brasileiro, solteiro, militar, portador (a) da cédula de identidade nº 509329-5 SSP/RR e inscrita no CPF sob o nº 013.797.752-21 residente e domiciliado nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima sito à Rua 05 nº 444, Bairro: Jardim tropical, CEP: 69.314-600.

**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, 15 / 08 / 2019.

  
ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

16/08/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Contracheque

Contracheque

[https://cpex.eb.mil.br/area\\_individual/cc/contra\\_cheque.asp](https://cpex.eb.mil.br/area_individual/cc/contra_cheque.asp)

|                                                                                   |                            |                                                                               |                                 |                                                                  |                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|-------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|
|  |                            | <b>ORGANIZAÇÃO MILITAR DE VINCULAÇÃO (ÓRGÃO PAGADOR)</b><br>CMDO 1 BDA INF SL |                                 | <b>UNIDADE: 024745</b><br><b>MÊS/ANO</b><br><b>PGTO: 07 / 19</b> |                 |
| <b>COMPROVANTE MENSAL DE RENDIMENTOS</b>                                          |                            |                                                                               |                                 |                                                                  |                 |
| <b>PREC-CP</b><br>96 1846096                                                      |                            | <b>NOME</b><br>ANAUAN ARAUJO DE SOUSA                                         |                                 |                                                                  |                 |
| <b>P/G/PROV/PENSÃO</b><br>27 SOLDADO DO EXERCITO                                  |                            | <b>P/G/REAL</b><br>27 (SOLDADO DO EXERCITO)                                   |                                 | <b>CAT</b><br>2                                                  | <b>IND</b><br>2 |
| <b>CPF</b><br>013.797.752-21                                                      |                            | <b>BANCO/AGÊNCIA/CONTA CORRENTE</b><br>341 85284 65415                        |                                 |                                                                  |                 |
| <b>Código</b>                                                                     | <b>Descrição</b>           | <b>R/D</b>                                                                    | <b>Valor</b>                    | <b>Prazo</b>                                                     |                 |
| B01                                                                               | SOLDO                      | R                                                                             | 1.560,00                        | -                                                                |                 |
| B06                                                                               | ADIC HAB                   | R                                                                             | 187,20                          | -                                                                |                 |
| B20                                                                               | ADIC MILITAR               | R                                                                             | 202,80                          | -                                                                |                 |
| ZM3                                                                               | FUSEX DESP MED             | D                                                                             | 3,00                            | 0719                                                             |                 |
| ZS3                                                                               | FHE-EMP SIMPLES            | D                                                                             | 902,70                          | 0525                                                             |                 |
| Z01                                                                               | FUSEX 3%                   | D                                                                             | 58,50                           | -                                                                |                 |
| Z02                                                                               | P MIL 7.5%                 | D                                                                             | 146,25                          | -                                                                |                 |
| <b>MOEDA</b><br>R\$                                                               | <b>RECEITA</b><br>1.950,00 | <b>DESCONTOS</b><br>1.110,45                                                  | <b>IDT MARGEM</b><br>Z420354V2D | <b>LÍQUIDO</b><br>839,55                                         |                 |

Data/Hora da emissão: 01/08/2019 18:11:38







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017693/2018

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 26/04/2018 08:09

Data/Hora Fim: 26/04/2018 08:24

Delegado de Polícia: Uziel de Castro Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 25/12/2017 07:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)

Logradouro: Avenida Olímpica

Bairro: Jardim Tropical

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                                | Meio(s) Empregado(s) |
|-----------------------------------------|----------------------|
| 1095: Auto lesão - Acidente de trânsito | Veículo              |

ENVOLVIDO(S)

Nome: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: PI - Água Branca

Sexo: Masculino

Nasc: 21/03/1991

Profissão: Militar do Exército

Escolaridade: Ensino Superior Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Raça/Cor: Parda

Nome da Mãe: Narcisa Maria de Sousa

Nome do Pai: Elias Jose de Araujo

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 509329-5

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 013.797.752-21

Endereço

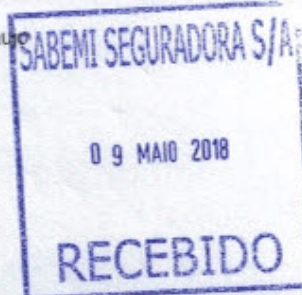
Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua 05

Bairro: Jardim Tropical

Telefone: (95) 98111-0698 (Celular)

Nº: 440



OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

Placa NAM3191

Número do Chassi 10633

Ano/Modelo Fabricação 2011/2011

Cor PRETA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Modelo HONDA/BIZ 125 ES

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

| Nome Envolvido         | Envolvimentos |
|------------------------|---------------|
| Anauan Araujo de Sousa | Possuidor     |



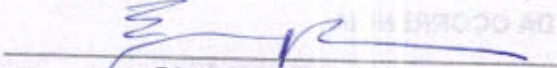
## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

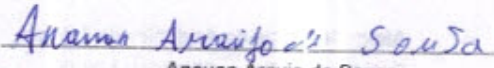
Nº: 017693/2018

### RELATO/HISTÓRICO

O comunicante informa que trafegava pela Avenida Olímpica, sentido bairro, conduzindo a motoneta HONDA/BIZ 125 ES, placa NAM 3191/RR, Chassi 9C2JC4820BR010633, de propriedade de JEAN PAULO MACEDO UGARTE DOS SANTOS, quando ao passar por uma obra que havia na avenida, caiu em um buraco, perdeu o controle e caiu, sofrendo lesões corporais. Que foi levado ao PSE do HGR por sua irmã. Que registra para fim de seguro DPVAT. Era o relato.

### ASSINATURAS

  
Erico Wallace Bessa Rocha  
Responsável pelo Atendimento

  
Anauan Araujo de Sousa  
(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 359-Denúnciação Caluniosa e 240-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

RECEBIDO





25/12/2017

... Guia de Atendimento 02 ...

401-3

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



|                                                                                                                                        |                        |                                    |                 |                      |              |                 |                  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------|------------------------------------|-----------------|----------------------|--------------|-----------------|------------------|
| 1700884897                                                                                                                             | 25/12/2017 08:01:51    | FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA |                 |                      |              | DIURNO 07-19    | 4                |
| Paciente                                                                                                                               |                        | Data Nascimento                    | Idade           | CNS                  | CPF          | Prontuário      |                  |
| ANAUAN ARAUJO DE SOUSA                                                                                                                 |                        | 21/03/1991                         | 26 A 9 M 4 D    | 708202192073842      | 01379775221  | 00080972        |                  |
| Tipo Doc                                                                                                                               | Documento              | Órgão Emissor                      | Data Emissão    | Sexo                 | Estado Civil | Raça/Cor        | Naturalidade     |
| IDENTIDADE                                                                                                                             | 3151629                | SSP RR                             | 29/02/2016      | M                    | SOLTEIRO(A)  | PARDA           | AGUA BRANCA - PI |
| Mãe                                                                                                                                    | NARCISA MARIA DE SOUZA |                                    |                 | Pal                  | Contato      |                 |                  |
| Endereço                                                                                                                               |                        |                                    |                 | ELIAS JOSE DE ARAUJO |              | (95) 99141-1166 |                  |
| RUA - 05 - 444 - JARDIM TROPICAL - BOA VISTA - RR                                                                                      |                        |                                    |                 | Ocupação             |              | MILITAR         |                  |
| Class. de Risco                                                                                                                        | Plano Convênio         | N° da Carteira                     | Validade        | Autorização          | Sis Prenatal |                 |                  |
| SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE                                                                                                           |                        |                                    |                 |                      |              |                 |                  |
| Motivo do Atendimento                                                                                                                  | Caráter do Atendimento | Profissional do Atend.             | Procedência     | Temp.                | Peso         | Pressão         |                  |
| ACIDENTE DE MOTO                                                                                                                       | URGÊNCIA               |                                    |                 |                      |              |                 |                  |
| Setor                                                                                                                                  | Tipo de Chegada        | Procedimento Sol.                  | Registrado por: |                      |              |                 |                  |
| GRANDE TRAUMA                                                                                                                          | DEMANDA ESPONTANEA     |                                    | LIZA.MARIE      |                      |              |                 |                  |
| Queixa Principal                                                                                                                       |                        |                                    |                 |                      |              |                 |                  |
| <input type="checkbox"/> Síndrome Febril <input type="checkbox"/> Sintomático Respiratório <input type="checkbox"/> Suspeita de Dengue |                        |                                    |                 |                      |              |                 |                  |

|                        |                                |       |
|------------------------|--------------------------------|-------|
| Anamnese de Enfermagem | GSC                            | TOTAL |
|                        | AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456 | 15    |

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)  
Coturno @ Acidente de moto, cl an  
@ 13:00 @

Exame Físico  
F.M.S. L.S.U.V.E.V. @

Hipótese Diagnóstica  
Fratura de fêmur direito

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

| PRESCRIÇÃO     | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|----------------|-------------|------------|
| 1) Duplex 3    |             |            |
| 2) Plaster 1kg |             |            |
|                |             |            |
|                |             |            |
|                |             |            |
|                |             |            |
|                |             |            |
|                |             |            |
|                |             |            |

|                                                                   |                                               |
|-------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|
| Conduta                                                           |                                               |
| <input type="checkbox"/> Alta por Decisão Médica                  | <input type="checkbox"/> Ambulatório          |
| <input type="checkbox"/> Alta a Pedido                            | <input type="checkbox"/> Observação (Até 24h) |
| <input type="checkbox"/> Alta a Revelia                           | <input type="checkbox"/> Internação           |
| <input checked="" type="checkbox"/> Transferência para: Ortopedia | Data e Hora da Saída/Alta: / /                |

|                                                                                    |                                                                                            |
|------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------|
| óbito                                                                              |                                                                                            |
| Antes do 1º Atendimento? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | Destino: <input type="checkbox"/> Família <input type="checkbox"/> IML Anatomia Patológica |

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: liza.marie  
Data Hora: 25/12/2017 08:03:05

Dr. Carlos Augusto de Souza  
Ortopedia e Traumatologia  
Medicina do Trabalho  
CRM 695  
SABEMI SEGURADORA S/A  
09 MAIO 2018  
RECEBIDO  
1700884897



|                                                                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------|--|
| <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: left;"> <p>Sistema<br/>Único de<br/>Saúde</p> </div> <div style="display: inline-block; vertical-align: middle; text-align: left;"> <p>Ministério<br/>da<br/>Saúde</p> </div> |  | <p><b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO<br/>DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b></p> |  |
| <p><b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b></p>                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                  |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE                                                                                                                                                                                                     |  | 2 - CNES                                                                         |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE                                                                                                                                                                                                      |  | 4 - CNES                                                                         |  |
| <p><b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b></p>                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                  |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                 |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                             |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                                                                                                                                   |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                                           |  |
| 9 - SEXO                                                                                                                                                                                                                                             |  | 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL                                               |  |
| 11 - TELEFONE DE CONTATO                                                                                                                                                                                                                             |  | 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                  |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                                                                                                                                                         |  | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO                                                         |  |
| 15 - UF                                                                                                                                                                                                                                              |  | 16 - CEP                                                                         |  |
| <p><b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b></p>                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                  |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                  |  |
| 18 - CONDIÇÕES DE JUSTIFICATIVA INTERNA                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                  |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)                                                                                                                                                                  |  |                                                                                  |  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                  |  |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL, 22 - CID 10 SECUNDÁRIO, 23 - CID 10 TERCÁRIO                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                  |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                  |  |
| 25 - Cód GO DO PROCEDIMENTO                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                  |  |
| 26 - CLÍNICA                                                                                                                                                                                                                                         |  |                                                                                  |  |
| 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                  |  |
| 28 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                  |  |
| 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                  |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                  |  |
| 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                  |  |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                  |  |
| <p><b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b></p>                                                                                                                                                                         |  |                                                                                  |  |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                  |  |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO                                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                  |  |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                  |  |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                  |  |
| 37 - Nº DO BILHETE                                                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                  |  |
| 38 - SÉRIE                                                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                  |  |
| 39 - CNPJ EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                  |  |
| 40 - CNAE DA EMPRESA                                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                  |  |
| 41 - CBOR                                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                  |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                  |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                                                                                                                |  |                                                                                  |  |
| 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR                                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                  |  |
| 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                  |  |
| 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                  |  |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                  |  |
| 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                  |  |



401-3

Ananias

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                |                                                                                                  |                             |    |
|------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                           |                                                                                                  |                             |    |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                     |                                                                                                  |                             |    |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                        |                                                                                                  |                             |    |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                         | DIH                                                                                              | DN                          |    |
| PACIENTE                                                                                 | ANANIAS A. SILVA                                                                                 |                             |    |
| DIAGNÓSTICO                                                                              |                                                                                                  |                             |    |
| ALERGIAS                                                                                 | HAS                                                                                              | DM2                         |    |
| IDADE                                                                                    | LEITO                                                                                            | DATA                        |    |
| ITEM                                                                                     | PRESCRIÇÃO                                                                                       | HORÁRIO                     |    |
| 1                                                                                        | DIETA ORAL LIVRE                                                                                 | SNV                         |    |
| 2                                                                                        | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                                                         | man                         |    |
| 3                                                                                        | CEFALOTINA 1G EV 6/6HS                                                                           | 12h 13h 14h 06              |    |
| 4                                                                                        | TENOXICAM 40MG IV, 1X/DIA                                                                        | 10h                         |    |
| 5                                                                                        | DIPIRONA 1 G EV OU VO 6/6h SE DOR OU FEBRE                                                       | SNV 24                      |    |
| 6                                                                                        | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                     | SNV                         |    |
| 7                                                                                        | PLASIL 10 mg EV 8/8h SE NÁUSEAS OU VÔMITOS                                                       | SNV                         |    |
| 8                                                                                        | RANITIDINA 50MG EV 8/8HS                                                                         | 10h 12h 14h 16h 18h 20h 22h |    |
| 9                                                                                        | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                      | SNV                         |    |
| 10                                                                                       | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                | R. Silva                    |    |
| 12                                                                                       | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG                                              | SNV                         |    |
| 14                                                                                       |                                                                                                  |                             |    |
| 15                                                                                       |                                                                                                  |                             |    |
| 16                                                                                       |                                                                                                  |                             |    |
| 17                                                                                       |                                                                                                  |                             |    |
| 18                                                                                       | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),                                                 |                             |    |
| 19                                                                                       | CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;                                      |                             |    |
| 20                                                                                       | 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%<br>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                             |    |
| Dr. Max Berto Maior<br>Ortopedia / Traumatologia<br>Medicina do Trânsito<br>CRM 825 - RR |                                                                                                  |                             |    |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                  |                                                                                                  |                             |    |
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO          |                                                                                                  |                             |    |
| # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO        |                                                                                                  |                             |    |
| HIDRATADO                                                                                |                                                                                                  |                             |    |
| # SOLICITADO:                                                                            |                                                                                                  |                             |    |
| # CONDUTA:                                                                               |                                                                                                  |                             |    |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA                                                                |                                                                                                  |                             |    |
| # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                         |                                                                                                  |                             |    |
| SINAIS VITAIS                                                                            | P                                                                                                | T                           | R  |
| 6 H                                                                                      |                                                                                                  |                             |    |
| 12 H                                                                                     | 98                                                                                               | 36.8                        | 27 |
| 18 H                                                                                     |                                                                                                  |                             |    |
| 24 H                                                                                     |                                                                                                  |                             |    |

Bloco 3

**NIR**

Regulado  
para leito

401-3

Regulação Interna

SABEMI SEGURADORA S/A

09 MAIO 2018

**RECEBIDO**

obs: não foi verificada a PA por falta de aparelho de pressão

06 h PA = 150 x 80 P = 61 Tax = 35c

Greiciane S. Arruda  
Téc. Em Enfermagem  
COREN RR 887.875 - T2



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**Serviço de Ortopedia e Traumatologia**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

DATA DE ADMISSÃO: \_\_\_\_\_ DIH: 25/12/2017 DN: 21/03/1991

PACIENTE: ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

AGNÓSTICO: FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO

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

IDADE: 26 ANOS LEITO: 401-3 DM2: \_\_\_\_\_ DATA: 26/12/2017

| ITEM | PRESCRIÇÃO                                                | HORÁRIO |
|------|-----------------------------------------------------------|---------|
| 1    | DIETA ORAL livre                                          |         |
| 2    | SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS                               |         |
| 4    | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                               |         |
| 5    | OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA                              | susp    |
| 6    | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                           |         |
| 7    | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H                            |         |
| 8    | TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA |         |
| 9    | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG       |         |
| 10   | SSVV + CCGG 6/6 H                                         |         |
| 11   | CURATIVO DIÁRIO                                           |         |
| 12   | CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS                               |         |
| 13   |                                                           | SUSP    |
| 14   |                                                           |         |
| 15   |                                                           |         |
| 16   |                                                           |         |
| 17   |                                                           |         |
| 18   |                                                           |         |
| 19   |                                                           |         |
| 20   |                                                           |         |

**SE DIABÉTICO** CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: SOLICDO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS V | PA     | FC | FR |        |
|----------|--------|----|----|--------|
| 6 H      | 140x96 | 90 | 20 | 36°C   |
| 12 H     | 140x92 | 82 | 19 | 36,3°C |
| 18 H     | 150x93 | 74 | 18 | 36°C   |
| 24 H     | 140x90 | 83 | 19 | 36,3   |

Dr. MARCELO MARQUES CRM 1918  
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Jamilda Nascimento de Sousa  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 781.767-TEC

Gilda Aparecida de Oliveira Silva  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 781.366-TE

13 as 19, no  
 Leito 401-3  
 Sinais vitais



401  
3

| <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b><br><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                            |                                                           |       |            |     |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|------------|-----|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                |                                                           | DIH   | 25/12/2017 | DN  | 21/03/1991 |
| PACIENTE <b>ANAUAU ARAUJO DE SOUSA</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                           |       |            |     |            |
| AGNÓSTICO <b>FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                           |       |            |     |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |       |            |     |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                           | 26 ANOS                                                   | LEITO | 401-3      | DM2 |            |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                            | PRESCRIÇÃO                                                |       |            |     | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                               | DIETA ORAL livre                                          |       |            |     |            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                               | SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS                               |       |            |     |            |
| 4                                                                                                                                                                                                                                               | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                               |       |            |     | susp       |
| 5                                                                                                                                                                                                                                               | OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA                              |       |            |     |            |
| 6                                                                                                                                                                                                                                               | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                           |       |            |     |            |
| 7                                                                                                                                                                                                                                               | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H                            |       |            |     |            |
| 8                                                                                                                                                                                                                                               | TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA |       |            |     |            |
| 9                                                                                                                                                                                                                                               | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG       |       |            |     |            |
| 10                                                                                                                                                                                                                                              | SSVV + CCGG 6/6 H                                         |       |            |     |            |
| 11                                                                                                                                                                                                                                              | CURATIVO DIÁRIO                                           |       |            |     |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                                              | CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS                               |       |            |     | SUSP       |
| 13                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |       |            |     |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |       |            |     |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |       |            |     |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |       |            |     |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |       |            |     |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |       |            |     |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |       |            |     |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |       |            |     |            |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b><br><b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br><b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b><br><b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |                                                           |       |            |     |            |

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

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

# SOLICITADO :

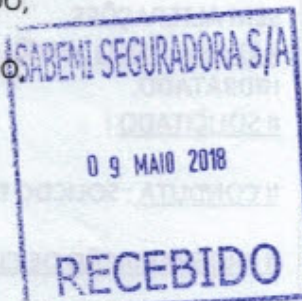
# CONDUTA : SOLICDO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

| SINAIS V | PA      | FC | FR | T     |
|----------|---------|----|----|-------|
| 6 H      | 140/90  | 80 | 20 | 36,5° |
| 12 H     | 142/103 | 76 | 20 | 36,3  |
| 18 H     | 140/100 | 70 | 20 | 36,5° |
| 24 H     | 150/90  | 78 | 20 | 36,60 |

Dr. MARCELO MARQUES CRM  
1918  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia



3300 194, Adson  
Bach, Sinais  
vital, sem  
aos cuidados  
da enfermeira  
gem  
Gilda Aparecida de Oliveira Silva  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 781.366-TE

Julia Maria Ferreira de Souza  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 573.674-TE

4.00 às 13.00 - Administrado hidratação, ferido  
segue aos cuidados da enfermagem. Fec. Júpiter



401-3

|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |                                                                                                                                                                        |              |                   |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|-------------------|-------------|
|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>Serviço de Ortopedia e Traumatologia</b>                                       |                                                           |   |              |                   |             |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                |                                                           | DIH                                                                                                                                                                    | 25/12/2017   | DN                | 21/03/1991  |
| PACIENTE <b>ANAUAU ARAUJO DE SOUSA</b>                                                                                                                                                                                                          |                                                           |                                                                                                                                                                        |              |                   |             |
| AGNÓSTICO <b>FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO</b>                                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                                                                                                                                                        |              |                   |             |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |                                                                                                                                                                        |              |                   |             |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                           | <b>26 ANOS</b>                                            | LEITO                                                                                                                                                                  | <b>401-3</b> | DM2               | <b>DATA</b> |
|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |                                                                                                                                                                        |              | <b>28/12/2017</b> |             |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                            | PRESCRIÇÃO                                                |                                                                                                                                                                        |              |                   | HORÁRIO     |
| 1                                                                                                                                                                                                                                               | DIETA ORAL livre                                          |                                                                                                                                                                        |              |                   | S.N.T.      |
| 2                                                                                                                                                                                                                                               | SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS                               |                                                                                                                                                                        |              |                   | 12 (21)     |
| 4                                                                                                                                                                                                                                               | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                               |                                                                                                                                                                        |              |                   | susp        |
| 5                                                                                                                                                                                                                                               | OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA                              |                                                                                                                                                                        |              |                   | 06 NTF.     |
| 6                                                                                                                                                                                                                                               | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                           |                                                                                                                                                                        |              |                   | S.N.        |
| 7                                                                                                                                                                                                                                               | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H                            |                                                                                                                                                                        |              |                   | 22 016      |
| 8                                                                                                                                                                                                                                               | TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA |                                                                                                                                                                        |              |                   | S.N.        |
| 9                                                                                                                                                                                                                                               | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG       |                                                                                                                                                                        |              |                   | 22 016      |
| 10                                                                                                                                                                                                                                              | SSVV + CCGG 6/6 H                                         |                                                                                                                                                                        |              |                   | 22 016      |
| 11                                                                                                                                                                                                                                              | CURATIVO DIÁRIO                                           |                                                                                                                                                                        |              |                   | 22 016      |
| 12                                                                                                                                                                                                                                              | CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS                               |                                                                                                                                                                        |              |                   | 22 016      |
| 13                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |                                                                                                                                                                        |              |                   |             |
| 14                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |                                                                                                                                                                        |              |                   |             |
| 15                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |                                                                                                                                                                        |              |                   |             |
| 16                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |                                                                                                                                                                        |              |                   |             |
| 17                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |                                                                                                                                                                        |              |                   |             |
| 18                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |                                                                                                                                                                        |              |                   |             |
| 19                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |                                                                                                                                                                        |              |                   |             |
| 20                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |                                                                                                                                                                        |              |                   |             |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b><br><b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br><b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b><br><b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |                                                           |                                                                                                                                                                        |              |                   |             |

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

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

#SOLICITADO:

# CONDUTA: SOLICDO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS V | PA      | FC | FR | T.   |                                                                                                          |
|----------|---------|----|----|------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| 6 H      | 140/100 | 87 | 18 | 36,7 | <b>Dr. MARCELO MARQUES CRM</b><br><b>1918</b><br><b>Residente de Ortopedia e</b><br><b>Traumatologia</b> |
| 12 H     | 170/80  | 78 | 20 | 36,6 |                                                                                                          |
| 18 H     | 150/120 | 88 | 21 | 36,2 |                                                                                                          |
| 24 H     | 140/100 | 67 | 18 | 36,4 |                                                                                                          |

Ana Maria S. Macedo  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 000.411.634

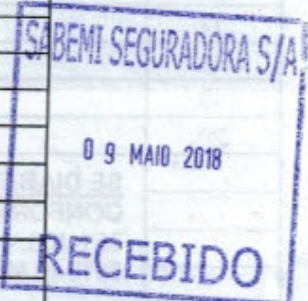
13:00 às 19:00 - Administrando  
medicação de horários, Afirido  
SSVV, segue aos cuidados  
dos da enfermagem

Júlia Maria Ferreira de Souza  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 573.674-TE



401-3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                  |                                                           |            |       |            |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------|-------|------------|----------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                             |                                                           |            |       |            |          |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                       |                                                           |            |       |            |          |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                          |                                                           |            |       |            |          |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                           | DIH                                                       | 25/12/2017 | DN    | 21/03/1991 |          |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                   | ANAUAN ARAUJO DE SOUSA                                    |            |       |            |          |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                  | FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO                              |            |       |            |          |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                   |                                                           |            |       |            |          |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                      | 26 ANOS                                                   | LEITO      | 401-3 | DM2        |          |
| DATA                                                                                                                                                                                                                       | 29/12/2017                                                |            |       |            |          |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                       | PRESCRIÇÃO                                                |            |       |            | HORÁRIO  |
| 1                                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL livre                                          |            |       |            | 24/06    |
| 2                                                                                                                                                                                                                          | SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS                               |            |       |            | 18:00    |
| 4                                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                               |            |       |            | susp     |
| 5                                                                                                                                                                                                                          | OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA                              |            |       |            | 06:00    |
| 6                                                                                                                                                                                                                          | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                           |            |       |            | 5N       |
| 7                                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H                            |            |       |            | 22:00    |
| 8                                                                                                                                                                                                                          | TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA |            |       |            | 5N       |
| 9                                                                                                                                                                                                                          | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG       |            |       |            | 5N       |
| 10                                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                         |            |       |            | Rotina   |
| 11                                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                           |            |       |            | Rotina   |
| 12                                                                                                                                                                                                                         | CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS                               |            |       |            | 18:24 06 |
| 13                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |            |       |            |          |
| 14                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |            |       |            |          |
| 15                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |            |       |            |          |
| 16                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |            |       |            |          |
| 17                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |            |       |            |          |
| 18                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |            |       |            |          |
| 19                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |            |       |            |          |
| 20                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |            |       |            |          |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                           |            |       |            |          |



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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: SOLICITO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

13 a 14  
Realizado as medi-  
cações, mas aferição  
de SSVV, porém o estm  
1027, mais foi feito, por  
paciente refer que aumen-  
ta pressão arterial

| SINAIS V | PA     | FC | FR |       |
|----------|--------|----|----|-------|
| 6 H      |        |    |    |       |
| 12 H     | 130/90 | 80 | 19 | 36 TC |
| 18 H     | 140/90 | 84 | 20 | 36 TC |
| 24 H     |        |    |    |       |

Dr. MARCELO MARQUES CRM  
1918  
Residente de Ortopedia e  
Traumatologia

Jamilda Nascimento de Sousa  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 776.767-TEC

12 h - Adm medicações conforme PM,  
choce de APF, a SSVV  
aos cuidados.

Jucilene P. de Magalhães  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 745.745-TE

Jucilene P. de Magalhães  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 1248.245-TE



401-3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                           |                                                           |            |       |            |             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------|-------|------------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                      |                                                           |            |       |            |             |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                |                                                           |            |       |            |             |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                   |                                                           |            |       |            |             |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    | DIH                                                       | 25/12/2017 | DN    | 21/03/1991 |             |
| PACIENTE ANAUAN ARAUJO DE SOUSA                                                                                                                                                                                     |                                                           |            |       |            |             |
| AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO                                                                                                                                                                              |                                                           |            |       |            |             |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                           |            |       |            |             |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               | 26 ANOS                                                   | LEITO      | 401-3 | DM2        | DATA        |
|                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |            |       |            | 30/12/2017  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                                |            |       |            | HORÁRIO     |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL livre                                          |            |       |            | SND         |
| 2                                                                                                                                                                                                                   | SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS                               |            |       |            | (18/106)    |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                               |            |       |            | susp        |
| 5                                                                                                                                                                                                                   | OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA                              |            |       |            | (106)       |
| 6                                                                                                                                                                                                                   | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                           |            |       |            | 7SN         |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H                            |            |       |            | 7SN         |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA |            |       |            | 7SN         |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG       |            |       |            | 18          |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                         |            |       |            | 18h30       |
| 11                                                                                                                                                                                                                  | CURATIVO DIÁRIO                                           |            |       |            | M           |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS                               |            |       |            | 12/18/24/06 |
| 13                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |            |       |            |             |
| 14                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |            |       |            |             |
| 15                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |            |       |            |             |
| 16                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |            |       |            |             |
| 17                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |            |       |            |             |
| 18                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |            |       |            |             |
| 19                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |            |       |            |             |
| 20                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |            |       |            |             |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                           |            |       |            |             |

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: SOLICDO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS V | PA      | FC | FR |        |                                                                              |
|----------|---------|----|----|--------|------------------------------------------------------------------------------|
| 6 H      | 155x92  | 74 | 18 | 36°C   | Dr. MARCELO MARQUES CRM<br>1918<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia |
| 12 H     | 140x90  | 76 | 20 | 36,7°C |                                                                              |
| 18 H     | 150x110 | 74 | 20 | 36°C   |                                                                              |
| 24 H     | 150x90  | 70 | 18 | 36,3°C |                                                                              |



401-3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                       |                                                           |            |       |            |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------|-------|------------|---------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |            |       |            |         |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                            |                                                           |            |       |            |         |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                               |                                                           |            |       |            |         |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                | DIH                                                       | 25/12/2017 | DN    | 21/03/1991 |         |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                        | ANAUAN ARAUJO DE SOUSA                                    |            |       |            |         |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                       | FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO                              |            |       |            |         |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                        |                                                           |            |       |            |         |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                           | 26 ANOS                                                   | LEITO      | 401-3 | DM2        |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                            | PRESCRIÇÃO                                                |            |       |            | HORÁRIO |
| 1                                                                                                                                                                                                                                               | DIETA ORAL livre                                          |            |       |            | SN      |
| 2                                                                                                                                                                                                                                               | SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS                               |            |       |            | 18      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                               | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                               |            |       |            | susp    |
| 5                                                                                                                                                                                                                                               | OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA                              |            |       |            | 06      |
| 6                                                                                                                                                                                                                                               | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                           |            |       |            | SN      |
| 7                                                                                                                                                                                                                                               | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H                            |            |       |            | 22 06   |
| 8                                                                                                                                                                                                                                               | TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA |            |       |            | SN      |
| 9                                                                                                                                                                                                                                               | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG       |            |       |            | 18      |
| 10                                                                                                                                                                                                                                              | SSVV + CCGG 6/6 H                                         |            |       |            | 18      |
| 11                                                                                                                                                                                                                                              | CURATIVO DIÁRIO                                           |            |       |            | 18      |
| 12                                                                                                                                                                                                                                              | CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS                               |            |       |            | 18      |
| 13                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |            |       |            |         |
| 14                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |            |       |            |         |
| 15                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |            |       |            |         |
| 16                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |            |       |            |         |
| 17                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |            |       |            |         |
| 18                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |            |       |            |         |
| 19                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |            |       |            |         |
| 20                                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |            |       |            |         |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b><br><b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br><b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b><br><b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |                                                           |            |       |            |         |

ISABEL SEGURADORA S/A  
09 MAIO 2018  
RECEBIDO

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: SOLICDO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Des. Administração  
medicações conforme  
prescrição das 7:00 às  
19:00 e afeto nas  
vitais às 12:00 e 18:00

Franciele Alencar Rodrigues  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RR 151.318-TE

| SINAIS V | PA     | FC | FR    | T      |                                                                              |
|----------|--------|----|-------|--------|------------------------------------------------------------------------------|
| 6 H      | 120/80 | 70 | 20mpm | 36,2°C | Dr. MARCELO MARQUES CRM<br>1918<br>Residente de Ortopedia e<br>Traumatologia |
| 12 H     | 116x70 | 66 | 19    | 36°C   |                                                                              |
| 18 H     | 121x88 | 69 | 20    | 36,4°C |                                                                              |
| 24 H     | 130/60 | 74 | 19mpm | 36,1°C |                                                                              |

# Administrado medicações de horário conforme prescrição médica, aferido Sinais Vitais.

Sarah Moraes Catarino  
COREN-RR 907.566-4E

Sarah



401-3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                  |                                                           | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA |       | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|--------------------------------|-------|--------------------------------------|---------|
| GOVERNO DE RORAIMA                                                                                                                                                                                         |                                                           | HGR                            |       | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |         |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                          |                                                           |                                |       |                                      |         |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           | DIH                                                       | 25/12/2017                     | DN    | 21/03/1991                           |         |
| PACIENTE ANAUAN ARAUJO DE SOUSA                                                                                                                                                                            |                                                           |                                |       |                                      |         |
| AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO                                                                                                                                                                     |                                                           |                                |       |                                      |         |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   |                                                           |                                |       |                                      |         |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      | 26 ANOS                                                   | LEITO                          | 401-3 | DM2                                  | DATA    |
|                                                                                                                                                                                                            |                                                           |                                |       | 01/01/2018                           |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                       | PRESCRIÇÃO                                                |                                |       |                                      | HORÁRIO |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL livre                                          |                                |       |                                      | S/N/D.  |
| 2                                                                                                                                                                                                          | SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS                               |                                |       |                                      |         |
| 4                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                               |                                |       |                                      | susp    |
| 5                                                                                                                                                                                                          | OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA                              |                                |       |                                      |         |
| 6                                                                                                                                                                                                          | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                           |                                |       |                                      |         |
| 7                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H                            |                                |       |                                      |         |
| 8                                                                                                                                                                                                          | TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA |                                |       |                                      |         |
| 9                                                                                                                                                                                                          | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG       |                                |       |                                      |         |
| 10                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                         |                                |       |                                      |         |
| 11                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                           |                                |       |                                      |         |
| 12                                                                                                                                                                                                         | CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS                               |                                |       |                                      |         |
| 13                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                                |       |                                      |         |
| 14                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                                |       |                                      |         |
| 15                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                                |       |                                      |         |
| 16                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                                |       |                                      |         |
| 17                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                                |       |                                      |         |
| 18                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                                |       |                                      |         |
| 19                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                                |       |                                      |         |
| 20                                                                                                                                                                                                         |                                                           |                                |       |                                      |         |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                           |                                |       |                                      |         |

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

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

# SOLICITADO:

# CONDUTA: SOLICITO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

| SINAIS V | PA      | FC | FR |        |
|----------|---------|----|----|--------|
| 6 H      |         |    |    |        |
| 12 H     | 134/91  | 94 | 20 | 36,6°C |
| 18 H     | 152/90  | 67 |    | 36,3°C |
| 24 H     | 139x103 | 64 | 18 | 36°C   |

Dr. MARCELO MARQUES CRM 1918  
Residente de Ortopedia e Traumatologia

6h: PA=139x103 Obs: Pte recusou a medicação do item 2. Pte não tinha a medicação do item 5.

P=82  
R=16  
T=35,4°C

Luzinete Alves Gomes  
Técnica de Enfermagem  
COREN RR 017.577.TCC



401-3

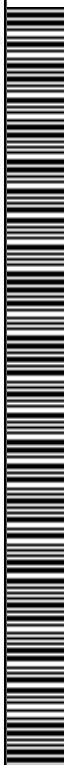
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |       |            |       |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|-------|------------|-------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |       |            |       |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |       |            |       |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |       |            |       |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           | DIH   | 25/12/2017 | DN    | 21/03/1991 |
| PACIENTE ANAUAN ARAUJO DE SOUSA                                                                                                                                                                                                                                   |                                                           |       |            |       |            |
| AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO                                                                                                                                                                                                                            |                                                           |       |            |       |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                           |       |            |       |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                             | 26 ANOS                                                   | LEITO | 401-3      | DM2   |            |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO                                                |       |            |       | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL livre                                          |       |            |       | SND        |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                 | SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS                               |       |            |       | (12) 10:00 |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                 | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                               |       |            |       | susp       |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                 | OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA                              |       |            |       | (06)       |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                           |       |            |       | SND        |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H                            |       |            |       | SND        |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA |       |            |       | SND        |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG       |       |            |       | SND        |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                | SSVV + CCGG 6/6 H                                         |       |            |       | Rotina     |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO DIÁRIO                                           |       |            |       | Rotina     |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                | CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS                               |       |            |       | Rotina     |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |       |            |       |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |       |            |       |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |       |            |       |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |       |            |       |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |       |            |       |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |       |            |       |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |       |            |       |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |       |            |       |            |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ;<br>351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                           |       |            |       |            |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES.                                                                                                                                                                   |                                                           |       |            |       |            |
| # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.                                                                                                                                                                     |                                                           |       |            |       |            |
| # SOLICITADO:                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                           |       |            |       |            |
| # CONDUTA: SOLICDO EXAMES LABORATORIAS                                                                                                                                                                                                                            |                                                           |       |            |       |            |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |       |            |       |            |
| # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                                                                                  |                                                           |       |            |       |            |
| SINAIS V                                                                                                                                                                                                                                                          | PA                                                        | FC    | FR         |       |            |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                           |       |            |       |            |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                              | 130/80                                                    | 72    |            | 36,0° |            |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                              | 131/69                                                    | 86    | 20         | 36,4° |            |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                              | 149x93                                                    | 69    | 17         | 36°   |            |
| Dr. MARCELO MARQUES CRM 1918<br>Residente de Ortopedia e Traumatologia                                                                                                                                                                                            |                                                           |       |            |       |            |

13 de 19  
 18:00  
 Realizando  
 coleta de urina  
 P/O 195  
 03.01.18 4:50  
 tri. colta.

6h - Ps = 162 x 119  
 P = 67  
 T = 34,9°C  
 R = 16

As 6:10h adm. a medicação  
 do item 9 com Ps = 162 x 119 mmHg

Luzinete Alves Gomes  
 Técnica de Enfermagem  
 COREN-RR 907.877-TEC





| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                         |                                                           |            |       |            |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------|------------|-------|------------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                                                    |                                                           |            |       |            |             |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                                                                              |                                                           |            |       |            |             |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                           |            |       |            |             |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                  | DIH                                                       | 25/12/2017 | DN    | 21/03/1991 |             |
| PACIENTE ANAUAN ARAUJO DE SOUSA                                                                                                                                                                                                                                   |                                                           |            |       |            |             |
| AGNÓSTICO FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO                                                                                                                                                                                                                            |                                                           |            |       |            |             |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                           |            | DM2   |            |             |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                             | 26 ANOS                                                   | LEITO      | 401-3 | DATA       | 03/01/2018  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO                                                |            |       |            | HORÁRIO     |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL livre                                          |            |       |            | SN          |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                 | SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS                               |            |       |            | 12          |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                 | TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA                               |            |       |            | susp        |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                 | OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA                              |            |       |            | 06          |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N                           |            |       |            | SN          |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H                            |            |       |            | 14.00 12.00 |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                 | TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA |            |       |            | SN          |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG       |            |       |            | SN          |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                | SSVV + CCGG 6/6 H                                         |            |       |            | Rotino      |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO DIÁRIO                                           |            |       |            | 18.00 24.00 |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                | CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS                               |            |       |            |             |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |            |       |            |             |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |            |       |            |             |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |            |       |            |             |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |            |       |            |             |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |            |       |            |             |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |            |       |            |             |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |            |       |            |             |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                           |            |       |            |             |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: <b>2UI</b> ; 251-300: <b>4UI</b> ; 301-350: <b>6UI</b> ;<br>351-400: <b>8UI</b> ; ≥ 400: <b>10 UI</b> E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                           |            |       |            |             |

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

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

# SOLICITADO :

# CONDUTA : SOLICDO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

| SINAIS V | PA       | FC | FR | T     | Dr. MARCELO MARQUES CRM 1918<br>Residente de Ortopedia e Traumatologia |
|----------|----------|----|----|-------|------------------------------------------------------------------------|
| 6 H      | 130/91   | 71 |    | 36,2° |                                                                        |
| 12 H     | 140/100  | -  | -  | 36,2° |                                                                        |
| 18 H     | 130 x 91 | 73 | 20 | 36,5° |                                                                        |
| 24 H     | 130/90   | 67 |    | 36,0° |                                                                        |

Manhã: Realizado  
 Medicamentação com  
 +SSVV + 1cc  
 Clonazepam

17:30 Pac. no leito. Realizado  
 procedimento de rotina SSVV  
 adm. med. com. Siga as  
 cuidados de enfermagem.



| 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 - CID-10                                                     |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE                                     |  |                     |  | 4 - CNES                                                       |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                           |  |                     |  |                                                                |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                |  |                     |  | 6 - N° DO PRONTUÁRIO                                           |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                  |  |                     |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                         |  |
| 9 - SEXO                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL                                                  |  |                     |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO                                       |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)                                                     |  |                     |  | 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                   |  |
| 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO                                                            |  |                     |  | 15 - UF                                                        |  |
| 16 - CEP                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                                         |  |                     |  |                                                                |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                                          |  |                     |  |                                                                |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                          |  |                     |  |                                                                |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) |  |                     |  |                                                                |  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO                                                       |  |                     |  |                                                                |  |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL                                                               |  |                     |  |                                                                |  |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                              |  |                     |  |                                                                |  |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                       |  |                     |  |                                                                |  |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                             |  |                     |  |                                                                |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                           |  |                     |  |                                                                |  |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                         |  |                     |  |                                                                |  |
| 26 - CLÍNICA                                                                        |  |                     |  |                                                                |  |
| 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO                                                          |  |                     |  |                                                                |  |
| 28 - DOCUMENTO                                                                      |  |                     |  |                                                                |  |
| 29 - N° DOCUMENTO (CNS/CNPJ 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 VIOLÊNCIA)                       |  |                     |  |                                                                |  |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO                                                           |  |                     |  |                                                                |  |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO                                                    |  |                     |  |                                                                |  |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                                             |  |                     |  |                                                                |  |
| 37 - CNPJ EMPRESA                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 38 - CNIE DA EMPRESA                                                                |  |                     |  |                                                                |  |
| 39 - CBOR                                                                           |  |                     |  |                                                                |  |
| 40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                      |  |                     |  |                                                                |  |
| 41 - NÃO SEGURADO                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| AUTORIZAÇÃO                                                                         |  |                     |  |                                                                |  |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                               |  |                     |  |                                                                |  |
| 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR                                                             |  |                     |  |                                                                |  |
| 45 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 46 - DOCUMENTO                                                                      |  |                     |  |                                                                |  |
| 47 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                             |  |                     |  |                                                                |  |
| 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 49 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)                              |  |                     |  |                                                                |  |



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

## BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 04/01/18

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

Amara Araujo de Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fract de úmero distal (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Osteossíntese de fract de úmero distal (E)

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Mayo

1º AUXILIAR:

Jonathas

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

Adonias

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

## RELATÓRIO CIRURGICO

- ① Fole em DHT sob anestesia
- ② Antissepsia + Assepsia
- ③ Destachamento de lesão de pele na face lateral do cotovelo
- ④ Fixação el os FK 2.0 cruzadas a partir do epcondilo medial e outro a partir do epcondilo lateral.
- ⑤ Controle radiológico
- ⑥ Curativos

Dr. Jonathas C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgia do Joelho  
CRM-RR 1759 TEOR 14272





GOVERNO DO ESTADO DE PARANÁ

Assessoria Jurídica dos Desembargadores

## FICHA DE ANESTESIA

04/03/18

Ana Maria Araujo de Sousa, 92Kg

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FNT - 100mg 21:20h  
MDZ - 5mg 21h

| AGENTES          | Nº | 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|------------------|----|-------------------------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|                  |    |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| LÍQUIDOS VENOSOS | 02 |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |    |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DA               | °C | 240                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| X                | 38 | 220                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ULSO             | 36 | 200                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ANES             | 34 | 180                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| X                | 32 | 160                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| OP               | 30 | 140                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Q                |    |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| TEMP             |    | 120                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ASPIR.           |    | 100                                 |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| A                |    | 80                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RESP             |    | 60                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| O                |    | 40                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                  |    | 20                                  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Expost           |    |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Assist           |    |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Contro           |    |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SÍMBOLOS         |    |                                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

| AGENTES                | DOSES                                | TÉCNICA                        | ANOTAÇÕES                             |
|------------------------|--------------------------------------|--------------------------------|---------------------------------------|
| Alupren 100mg          | 51-100                               | Bloqueio de Plexo Bra          | 1- Monitorização (FC, SpO2, ECG PANI) |
| Bupivacaína 100mg      |                                      | Quil quados por USG            | 2- Anestésico + Antidépêndido         |
| Propofol 100mg         |                                      | - Ventilação espontânea        | 3- Agente alar e álcool 20%           |
| Cetorolam 40mg         |                                      |                                | 4- Bloqueio de plexo Braquil          |
| EIV Ut - 2,5mg         |                                      |                                | 5- Quil quados por USG, via axilar    |
| F                      |                                      |                                | 6- com solução de agentes A+B         |
| G                      |                                      |                                | 7- Tubulil 10mg                       |
| GLUCOSE                | LÍQUIDOS                             | Cateterismo / Oro Faríngea     | 8- Dupura 2g                          |
| HDCC                   |                                      | Naso / Orotraqueal - Cega      |                                       |
| SANGUE                 |                                      | Bal - Tamp - Cateter do Túbulo |                                       |
|                        |                                      | Sob Máscara                    |                                       |
|                        |                                      | Dificuldade Técnica            |                                       |
| TOTAL                  | 1000 ml                              | TEMPO DE ANESTESIA             |                                       |
| OPERAÇÃO               | Osteossíntese de cotovelo (E) distal |                                | Lesão - Espasmo - Excesso Secre       |
|                        | menar distal (E)                     |                                | Desvio de eixo - Fratura - Fratura    |
|                        |                                      |                                | Hemorragia - Anestésico               |
|                        |                                      |                                | Brachio Radial - Cefalica             |
| ANESTESIA              | CÓDIGO                               | CHIRURGO                       | PE 10A SANGUE                         |
| De Adenias / R. Filoso |                                      | De Max / J. J. J. J.           |                                       |

5- Propofol 100mg  
6- Cetorolam 40mg  
7- MDZ - 2,5mg  
A SAPA





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                                                                                |                            |                                       |                  |                              |       |
|--------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|---------------------------------------|------------------|------------------------------|-------|
| NOME DO PACIENTE                                                               |                            | APT OU LEITO                          | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA                         |       |
| Amaury Araujo de Souza                                                         |                            | 401-3                                 |                  | 4 11/2 1/7                   |       |
| CIRURGIA                                                                       |                            |                                       |                  |                              |       |
| TIPO                                                                           |                            | TEMPO DE DURAÇÃO                      |                  |                              |       |
| osteos de Frat umino distal com                                                |                            | INICIO                                | FIM              | TEMPO TOTAL                  |       |
|                                                                                |                            | 91:40                                 | 29:00            |                              |       |
| EQUIPE MÉDICA                                                                  |                            |                                       |                  |                              |       |
| ANESTESISTA:                                                                   |                            | DRº Adonias                           |                  |                              |       |
| RES. ANESTESIA:                                                                |                            | DRº Flávia                            |                  |                              |       |
| INSTRUMENTADOR                                                                 |                            |                                       |                  |                              |       |
| CIRCULANTE                                                                     |                            | Claudemir + Mitacy                    |                  |                              |       |
| TEMPO DE ANESTESIA: B.P.B.E.                                                   |                            | TEMPO DE DURAÇÃO:                     |                  |                              |       |
| QUANT.                                                                         | MATERIAIS                  | VALOR                                 | QUANT.           | MEDICAMENTOS                 | VALOR |
| 7                                                                              | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID. |                                       | 7                | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO    |       |
| 7                                                                              | PACOTES GAZE               |                                       |                  | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO |       |
| 7                                                                              | LUVA ESTERIL 7.0           |                                       |                  | FRASCOS- SORO GLICOSADO      |       |
| 7                                                                              | LUVA ESTERIL 7.5           |                                       |                  | FIO VICRYLNº                 |       |
| 7                                                                              | LUVA ESTERIL 8.0           |                                       |                  | FIO MONONYLON Nº             |       |
| 7                                                                              | LUVA ESTERIL 8.5           |                                       |                  | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº    |       |
| 7                                                                              | LUVAS P/PROCEDIMENTOS      |                                       |                  | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº    |       |
| 7                                                                              | LÂMINA BISTURINº 23        |                                       |                  | FIO CATGUT SIMPLES Nº        |       |
|                                                                                | DRENO DE SUÇÃO Nº          |                                       |                  | FIO CATGUT CROMADO Nº        |       |
|                                                                                | DRENO DE TORAX Nº          |                                       |                  | FIO PROLENE Nº               |       |
|                                                                                | DRENO DE PENROSE Nº        |                                       |                  | FIO SEDA Nº                  |       |
|                                                                                | SERINGA 01ML               |                                       |                  | SURGICEL                     |       |
| 7                                                                              | SERINGA 03ML               |                                       |                  | CERA P/ OSO                  |       |
|                                                                                | SERINGA 05 ML              |                                       |                  | KIT CATARATANº               |       |
| 7                                                                              | SERINGA 10ML               |                                       |                  | GEOFOAM + PICO               |       |
| 1                                                                              | SERINGA 20ML               |                                       |                  | FITA CARDIACA                |       |
|                                                                                |                            |                                       |                  | OUTROS: eletrodos            |       |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA E CIRURGIÁ- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                            | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE            |                  |                              | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                             |                            | MATERIAL MEDICAMENTOS                 |                  |                              |       |
| ENFERMEIRA CHEFE                                                               |                            | SUB- TOTAL                            |                  |                              |       |
| Rosa                                                                           |                            |                                       |                  |                              |       |
| FUNÇÃO/CALCULOS                                                                |                            | TAXA DE SALA                          |                  |                              |       |
| CIRCULANTE DE SALA                                                             |                            | TAXA DE ANESTESIA                     |                  |                              |       |
|                                                                                |                            | SOMA                                  |                  |                              |       |
|                                                                                |                            | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE |                  |                              |       |





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

## FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                                                    |                             |                                         |                                     |                                  |       |
|----------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|-------|
| NOME DO PACIENTE<br><i>Amândio Araujo de Souza</i> |                             | APT OU LEITO<br><i>401-3</i>            | Nº DO PRONTUÁRIO                    | DATA<br><i>11.12.11</i>          |       |
| TIPO<br><i>Osteos. de Frat. umero distal "em"</i>  |                             | CIRURGIA                                |                                     |                                  |       |
|                                                    |                             | TEMPO DE DURAÇÃO                        |                                     |                                  |       |
|                                                    |                             | INICIO<br><i>21:40</i>                  | FIM<br><i>22:00</i>                 | TEMPO TOTAL                      |       |
| CIRURGIÃO<br><i>Dr. M. A. J.</i>                   |                             | EQUIPE MÉDICA                           |                                     |                                  |       |
| 1º AUXILIAR                                        |                             | ANESTESISTA: <i>Dr. Adonias</i>         |                                     |                                  |       |
|                                                    |                             | RES. ANESTESIA: <i>Dr. Flávia</i>       |                                     |                                  |       |
| 2º AUXILIAR                                        |                             | INSTRUMENTADOR                          |                                     |                                  |       |
|                                                    |                             | CIRCULANTE<br><i>Claudemir + Mitacy</i> |                                     |                                  |       |
| TIPO DE ANESTESIA: <i>B.P.B.E.</i>                 |                             | TEMPO DE DURAÇÃO:                       |                                     |                                  |       |
| QUANT.                                             | MATERIAIS                   | VALOR                                   | QUANT                               | MEDICAMENTOS                     | VALOR |
| <input type="checkbox"/>                           | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. |                                         |                                     | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO        |       |
| <i>110</i>                                         | PACOTES GAZE                |                                         |                                     | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO     |       |
|                                                    | LUVA ESTERIL 7.0            |                                         |                                     | FRASCOS- SORO GLICOSADO          |       |
|                                                    | LUVA ESTERIL 7.5            |                                         |                                     | FIO VICRYLNº                     |       |
| <i>7</i>                                           | LUVA ESTERIL 8.0            |                                         |                                     | FIO MONONYLON Nº                 |       |
|                                                    | LUVA ESTERIL 8.5            |                                         |                                     | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº        |       |
| <i>100</i>                                         | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS      |                                         |                                     | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº        |       |
| <i>7</i>                                           | LÂMINA BISTURINº <i>23</i>  |                                         |                                     | FIO CATGUT SIMPLES Nº            |       |
|                                                    | DRENO DE SUÇÃO Nº           |                                         |                                     | FIO CATGUT CROMADO Nº            |       |
|                                                    | DRENO DE TORAX Nº           |                                         |                                     | FIO PROLENE Nº                   |       |
|                                                    | DRENO DE PENROSE Nº         |                                         |                                     | FIO SEDA Nº                      |       |
| <i>1</i>                                           | SERINGA 01ML                |                                         |                                     | SURGICEL                         |       |
|                                                    | SERINGA 03ML                |                                         |                                     | CERA P/ OSSO                     |       |
|                                                    | SERINGA 05 ML               |                                         |                                     | KIT CATARATANº <i>Degermante</i> |       |
| <i>7</i>                                           | SERINGA 10ML                |                                         |                                     | GEOFOAM <i>TOPICO</i>            |       |
| <i>1</i>                                           | SERINGA 20ML                |                                         |                                     | FITA CARDIACA <i>Ataduras</i>    |       |
|                                                    |                             |                                         | <input checked="" type="checkbox"/> | OUTROS: <i>eletrodos</i>         |       |

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



[illegible]



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Edilson Paulo Souza  
Idoso: Sim Não

ENTRADA (Sala Pré-Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
Consentimento: ☒ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO  
☒ Aplica ☐ Não se Aplica

TIPO DE MATERIAL  
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
(CONCLUIDA)

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM  
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA  
☒ Não ☐ Sim, Qual: \_\_\_\_\_

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO  
☒ Não ☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml  
☒ Não ☐ Sim

☐ Sim, e ac: uso endovenoso adequado e planejamento  
para fluidos

Assinatura: [Assinatura] Hora: 20:53

ANTES DA INCISÃO

Anestesia: em Adequada

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA  
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E  
FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO  
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente  
☒ Sítio cirúrgico  
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

( ) REVISÃO DO CIRURGIÃO:  
Quais são as etapas críticas ou inesperadas, duração da  
operação e perda sanguínea prevista.

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:  
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI  
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

( ) Não se aplica  
( ) Sim, Qual: Cefalotina 2g Hora: 20:53

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim  
☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO  
REGISTRADO  
☒ Sim ☐ Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS  
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS  
ESTÃO CORRETAS  
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA  
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA  
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)  
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO  
PARA SER RESOLVIDO  
☐ Sim ☐ Não

( ) O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A  
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM  
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A  
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTA PACIENTE  
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Rosa M. F. S. S.  
Enfermeira  
COREN-RB-352763

Assinatura e Carimbo



ntas:60895845253,

16/08/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Guia de atendimento do HGR Parte 2

401-3



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

GOVERNO DE RORAIMA

Hospital Geral de Roraima

HGR

Hospital Geral de Roraima



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DIH

25/12/2017

DN

21/03/1991

PACIENTE

ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

AGNÓSTICO

FRATURA DE COTOVELO ESQUERDO

ALÉRGICAS

DM2

IDADE

26 ANOS

LEITO

401-3

DATA

04/01/2018

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

1

DIETA ORAL livre

SND.

2

SF0,9% 500ML EV 12/12 HORAS

12 reison

4

TENOXICAM 40 MG, IV, 1X/DIA

susp

5

OMEPRAZOL 40MG EV PELA MANHA

06°

6

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N

SN

7

DIPIRONA 500MG 2ML EV DE 8/8 H

SN

8

TRAMADOL 100MG +100ML SF 0,9% EV. 8/8 HORA SE DOR INTENSA

SN

9

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

SN

10

SSV + CCGG 6/6 H

11

CURATIVO DIÁRIO

12

CEFALOTINA 1G EV. 6/6 HORAS

12-18-24-06°

13

14

15

16

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),  
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;  
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE  
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

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

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

# SOLICITADO :

# CONDUTA : SOLICDO EXAMES LABORATORIAS

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

# PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS-V

PA

FC

FR

6 H

12 H

102/76

63

20

35,1 ++

18 H

158/104

74

20

35,8°

24 H

Dr. MARCELO MARQUES CRM 1918

Residente de Ortopedia e Traumatologia

07 as 13 / administrado medicação, paciente ruim

06 as 11 / 17 / com atenu 2, aderido

5 19.00h

gido troca de aceno neuro pérfuro, administrado med

Silvana Teixeira Feitosa

Técnica de Enfermagem

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

Validação deste em https://projudi.trr.jus.br/projudi/ - Identificador: PJZR6 AK9CY H2HJ8 SCAKK





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

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE ANDRAN AMATO DE SOUSA, 26 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 25 / 12 / 17, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fratura de úmero distal esquerdo

NO DIA 04/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
OSTEOSSÍNTESE DE fratura úmero distal (E) SENDO

OPERADO PELO DR. MAX E DR. JONATHAN

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 04/01/18, ÀS 12:00 horas, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 12/01/18, ÀS 14:00 horas, COM O  
DR. MAX

foi lmpa, seco, sem sinais de infecção

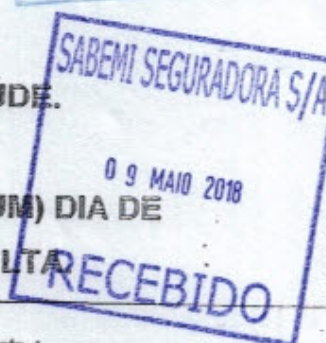
**ORIENTAÇÕES GERAIS :**

- 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. ILANSON

BOA VISTA, 10/01/18

Dr. Marcelo Marques  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1918/RR  
**MÉDICO**





|                                                                                                                                                                       |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|   |                                                 |
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                             |                                                 |
| UNIDADE DE SAÚDE DE RORAIMA - SUS                                                                                                                                     |                                                 |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                  |                                                 |
| <b>RESUMO DE ALTA HOSPITALAR</b>                                                                                                                                      |                                                 |
| PACIENTE                                                                                                                                                              | _____                                           |
| DEPARTAMENTO                                                                                                                                                          | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - SUS                 |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                           | _____                                           |
| NO DIA DA ALTA                                                                                                                                                        | _____                                           |
| PROFESSOR                                                                                                                                                             | _____                                           |
| RECEBE ALTA                                                                                                                                                           | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - SUS                 |
| BOM ESTADO                                                                                                                                                            | _____                                           |
| COM EXAME II                                                                                                                                                          | _____                                           |
| CORRELACÃO                                                                                                                                                            | _____                                           |
| DR.                                                                                                                                                                   | _____                                           |
| ORIENTAÇÃO                                                                                                                                                            | _____                                           |
| 1- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                       | QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE Membros Inferiores |
| 2- TOMAR A                                                                                                                                                            | INDICAÇÃO DE CRITA PELA MÉDICA                  |
| 3- NÃO RETORNA                                                                                                                                                        | AS CALÇAS FUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA          |
| 4- QUANDO                                                                                                                                                             | RETORNO À ALTA CURATIVO EM UNIDADE DE SAÚDE     |
| 5- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                       | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 6- AGINDO                                                                                                                                                             | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 7- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                       | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 8- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                       | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 9- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                       | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 10- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 11- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 12- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 13- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 14- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 15- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 16- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 17- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 18- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 19- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 20- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 21- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 22- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 23- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 24- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 25- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 26- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 27- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 28- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 29- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 30- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 31- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 32- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 33- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 34- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 35- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 36- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 37- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 38- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 39- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 40- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 41- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 42- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 43- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 44- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 45- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 46- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 47- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 48- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 49- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 50- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 51- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 52- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 53- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 54- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 55- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 56- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 57- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 58- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 59- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 60- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 61- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 62- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 63- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 64- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 65- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 66- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 67- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 68- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 69- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 70- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 71- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 72- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 73- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 74- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 75- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 76- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 77- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 78- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 79- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 80- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 81- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 82- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 83- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 84- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 85- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 86- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 87- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 88- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 89- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 90- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 91- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 92- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 93- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 94- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 95- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 96- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 97- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 98- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 99- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                      | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |
| 100- NÃO PRECISAR                                                                                                                                                     | RETORNO À ALTA CURATIVO                         |





## SINISTRO 3180210994 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE  
INDENIZAÇÃO Sabemi Seguradora S/A-Filial Boa Vista-RR

BENEFICIÁRIO ANAUAN ARAUJO DE SOUSA

CPF/CNPJ: 01379775221

Posição em 28-05-2018 09:06:58

Seu pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora  
Lider DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado.

Volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

| Data do Pagamento | Valor da Indenização | Juros e Correção | Valor Total  |
|-------------------|----------------------|------------------|--------------|
| 29/05/2018        | R\$ 7.087,50         | R\$ 0,00         | R\$ 7.087,50 |

