



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

**BOLETIM DE Ocorrência**

Nº: 017766/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 17/06/2019 11:30 Data/Hora Fim: 17/06/2019 11:43  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 17/06/2019  
Delegado de Polícia: João Luiz Evangelista Batista Dos Santos

**DADOS DA Ocorrência**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito

Data/Hora do Fato: 14/05/2018 14:50

**Local do Fato**

Município: Boa Vista (RR)

Bairro: São Bento

Logradouro: Rua Capitão Clovis da Costa

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

**ENVOLVIDO(S)**

Nome Civil: JOSÉ DE ARIMATÉIA ALBUQUERQUE DA SILVA (VÍTIMA , COMUNICANTE )			
Nacionalidade: Brasileira	Naturalidade: PA - Altamira	Sexo: Masculino	Nasc: 08/04/1961
Profissão: Eletricista			
Estado Civil: Casado(a)			
Nome da Mãe: Maria de Albuquerque Silva		Nome do Pai: Ivo Celestino da Silva	

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 91178

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: Rua Andorinha

Nº: 46

Bairro: São Bento

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Nenhum Objeto Informado

**RELATO/HISTÓRICO**

O comunicante vem à este DP para informar que **NÃO** é habilitado, e que no dia, hora e local acima informado, pilotava a motocicleta de Traxx JH125 L, de placa NAN-3933, Chassi 951BJKJGX8B001254, Renavam 00204248183, tendo como proprietário o Sr. Diego Sousa do Bu, momento em que, ao tentar desviar de um buraco na via, veio a perder o controle da referida motocicleta e ir ao solo. Que devido as lesões sofridas, foi para o HGR por meios próprios. Que este B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.

24 JUN. 2019



Delegado de Polícia Civil: João Luiz Evangelista Batista Dos Santos  
Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães  
Data de Impressão: 17/06/2019 11:43  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017766/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães  
Responsável pelo Atendimento

MAT. 048000925

José de Arimatéia Albuquerque da Silva  
(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 339-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



72

24 JUN. 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SECRETARIA DE SAÚDE DO ESTADO DE RORAIMA  
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR**

**NOME:** JOSÉ DE ARIMATEIA ALBUQUERQUE DA SILVA  
anos

**IDADE:** 57

**DATA DA INTERNAÇÃO:** 14/05/2018

**DATA DA ALTA:** 20/05/2018

**PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS:** Dr. HELDER

**DATA DA CIRURGIA:** 14/05/2018

**DIAGNÓSTICO**

APENDICITE AGUDA

**TRATAMENTO**

Apendicectomy convencional. (FASE IV)

**EVOLUÇÃO**

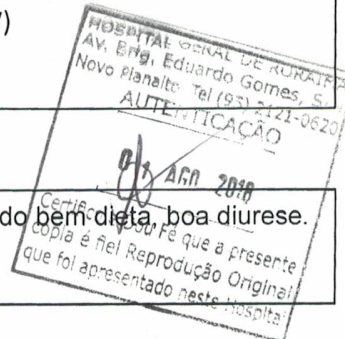
Evoluiu sem intercorrências, sem queixas, deambulando, aceitando bem dieta, boa diurese.  
Evacuação e flatos presentes.

**ORIENTAÇÕES**

- 1- Retornar ao pronto socorro se intercorrências:
  - Se apresentar febre persistente a partir de 38°C graus.
  - Se apresentar hiperemia (vermelhidão local), saída de exsudato (secreção/líquido) com odor (pus).
  - Se apresentar sangramento contínuo.
  - Se continuar apresentando muita dor mesmo com o uso dos analgésicos (remédio para dor).
- 2- Lavar a Ferida operatória (cortes) com água e sabão/sabonete e manter limpa e seca.
- 3- Tomar as medicações que foram orientadas pelo seu médico (antibióticos, anti-inflamatórios, analgésicos).
- 4- Dieta oral livre (alimentação normal).
- 5- Não fazer esforços físicos até 30 dias após a cirurgia.
- 6- Retornar no ambulatório de cirurgia geral para acompanhamento com **Dr. HELDER** no **dia 30/05/2018 (quarta-feira) às 13:00 h** no Hospital Coronel Mota
- 7- Retirar os pontos após 10 dias da cirurgia na UBS (posto de saúde).



Dr. Aderbal  
Médico Residente  
Cirurgia Geral  
CRM-RR 1985





**Hospital Geral de Roraima**  
**Secretaria de Saúde do Estado de Roraima**  
**Serviço Integrado de Cirurgia**

### **Laudo Médico**

**Nome:** JOSÉ DE ARIMATEIA ALBUQUERQUE DA SILVA  
**Idade:** 57 anos

Paciente supracitado, internado no Hospital Geral de Roraima no dia 14/05/18, submetido a tratamento cirúrgico de apendicectomia no dia 14/05/18. Recebe alta no dia 20/05/2018 desta unidade, para acompanhamento ambulatorial, necessitando de afastamento de suas atividades laborais por período de 30 (trinta) dias corridos a contar da data da internação hospitalar para recuperação plena.

Boa Vista, 20 de maio de 2018



Dra. Adélie Gai Costa  
Médica Residente  
Cirurgia Geral  
CRM-RR 1988

Adélie Gai Costa  
CRM 1988 RR  
Médica Residente de Cirurgia Geral





GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"  
SECRETARIA DE ESTADO DE SAÚDE - SESAU

**PRONTO ATENDIMENTO DR. AIRTON ROCHA - PAAR**

REG: 2253/2018	D.N.I.:	
NOME: JOSE DE ARIMATEA DA SILVA	IDADE:	SEXO: M
EXAME: USG. ABDOMEN TOTAL		
PROCEDÊNCIA: PSFE	MÉDICO SOLICITANTE: DR. NUNES	

**LAUDO ULTRASSONOGRÁFICO**

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

**VESÍCULA BILIAR:** HIPODISTENDIDA POR JEJUM INADEQUADO. COLEDOCO NÃO VISIBILIZADO.

**PÂNCREAS:** NÃO VISIBILIZADO.

**BAÇO:** Em topografia habitual. Forma normal, volume preservado, contorno regular, parênquima homogêneo, com ecogenecidade habitual e cápsula sem alterações.

**RIM DIREITO:** Topografia habitual. Forma normal, volume mantido, contorno regular, ecotextura parenquimatosa cortical, medular e coletora, normais. Relação córtico-medular normal e mantida. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsula preservada.

**RIM ESQUERDO:** Topografia habitual. Forma normal, volume mantido, contorno regular, ecotextura parenquimatosa cortical, medular e coletora, normais. Relação córtico-medular normal e mantida. Ausência de sinais diretos ou indiretos do tumor cístico ou sólido e litíase. Cápsula preservada.

**VCI E AORTA:** Trajetos e calibres e normais.

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

**BEXIGA:** Paredes normoecogênicas e conteúdo anecóico.

**FID:** FOI EVIDENCIADA IMAGEM DISMORFICA COM LIMITES IRREGULARES, MAL DEFINIDOS, DE ASPECTO HETEROGENICO, COM ECOGENICIDADE AUMENTADA E DESPROVIDA DE PERISTALTISMO, TUDO O ANTERIORMENTE DESCRITO PODE CORRESPONDER A FOCO INFECCIOSO PLASTRONICO DE ORIGEM APENDICULAR PELO QUE RECOMENDO COMPLEMENTAR O ESTUDO DO CASO COM TC ABDOMINAL SIMPLES E SE NECESARIO COM CONTRASTE PARA MELHOR AVALIAÇÃO  
FOI EVIDENCIADO TAMBEM LIQUIDO EM ESCASSA QUANTIDADE LIBRE EM CAVIDADE ABDOMINAL, VISIBILIZADO EM FORMATO LAMINAR ENTRE AS ALÇAS INTESTINAIS

**EXAME ULTRASSONOGRÁFICO SEM IMAGENS EM ANEXO  
POR FALTA DE INSUMOS DE IMPRESSÃO.**

Boa Vista - RR, 14/5/2018 17:58

020502004-6 Rep

Dr. Julio E. Heredia Ascarrunz  
CRM 1325/RR



Hospital Geral de Roraima - HGR  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes s/n, Bairro Novo Planalto  
CEP: 69360-000, Boa Vista - RR. Telefone: (095) 2121-0000  
E-mail: hosprsb@ibest.com.br





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site [www.seguradoralider.com.br](http://www.seguradoralider.com.br). Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 26 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190394170

Vítima: JOSE DE ARIMATEA ALBUQUERQUE DA SILVA

Data do Acidente: 14/05/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), JOSE DE ARIMATEA ALBUQUERQUE DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você





## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: José de Arimatéia Albuquerque da Silva

ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

RG nº: 91178 CPF nº: 446.471.742-04

E-MAIL: \_\_\_\_\_ TELEFONE: 99158-1830

ENDEREÇO: Rua Andorinha - 46, São Bento

**OUTORGADOS:** IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1639, IGOR BORGES BRÍGLIA, devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 548-E, ambos com endereço profissional nesta Capital.

**PODERES** Para o foro em geral, e as cláusulas "ad judicium", exceto para receber citação, para propor, no interesse do OUTORGANTE, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final do julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, pleitear alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações, ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses do OUTORGANTE, em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativa ou judicial, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses do OUTORGANTE em quaisquer esferas e se for o caso, poderes para substabelecer o objeto da presente Procuração com o sem reserva de poderes, e também propor ação na via administrativa junto ao INSS, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

BOA VISTA - RR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.



OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Jose de Arimateia Albuquerque da Silva

ESTADO CIVIL: Casado PROFISSÃO: \_\_\_\_\_

RG nº: 91178

CPF nº: 446.441.742-04

ENDEREÇO: Rua: Andeinha -46, São Bento

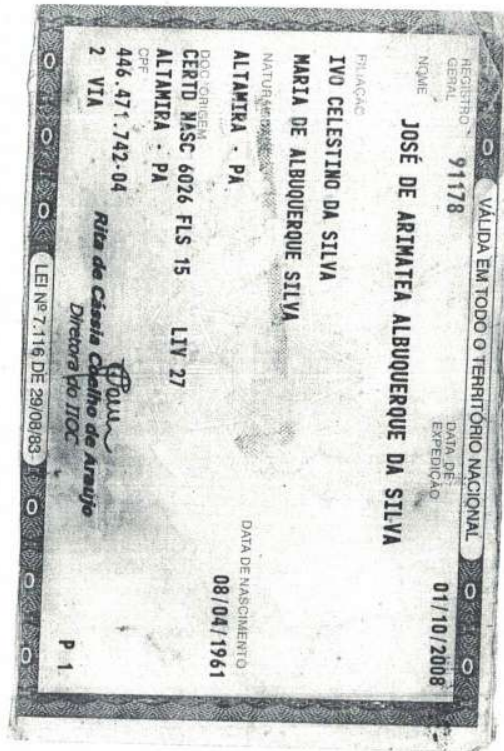
DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de seu sustento e/ou de sua família, nos termos do Art. 99, §3º, da Lei 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

BOA VISTA - RR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

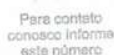
Jose de Arimateia Albuquerque da Silva

OUTORGANTE





24 JUN. 2019



SEU-COD/CO

0121861-1

Nº da Nota Fiscal 002913742

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

MARIVANIA PADRINHOS DA SILVA  
R. ANDORINHA 46 Q 297 LT 143 SAO BENTO  
CPF: 00085894028272  
CEP: 69.315-691 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.20.150000

NORMAL

RESID. BX. RENDA

TARIFA	SEN	TRIBUTOS:
0 A	30	- 0,21758
31 A	100	- 0,37299
101 A	220	- 0,55949
221 A	250	- 0,62165

**MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO**  
 Determinamos que todos os devedores desta DC no dia de 2018 (Lei 12.077/09),  
 LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26  
 Parabens! Até o dia 20/05/2019, não constatamos faturas vencidas  
 nessa Unidade Consumidora.

4801.6D78.6B39.83E8.30AC.4A93.F87D.0047

RESERVADO AO FISCO

En cargo

ROT: 8.001.16.20.150000

SEU CÓDIGO  
0121861-1

TOTAL A PAGAR RS 170.16

03/2019

VENZEMMENTO  
06/06/2019

002913747 FCAN

CNPJ: 02.341.470/0001-44 - Ins. Estadual: 24.007.022-3 Nº de Nota Fiscal: 836800000017701600750007000000001214861105190081





24/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arg: Procuração

24/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arg: Procuração

24/09/2019: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arg: Procuração



14/05/2018

31.55.20.05.18

Guia de Atendimento VZ

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

Visto por  
HGM  
15/05/18

DIURNO-07-10 39

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

1800950497 14/05/2018 15:13:08

Paciente  
JOSE DE ARIMATEIA ALBUQUERQUE DA SILVA  
Data Nascimento 08/04/1961 Idade 57 A 1 M 6 D  
Tipo Doc Documento Orgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raca/Cor PARDÁ  
M PAI NI  
CNS 706409124524689 CPF 44647174204  
Naturalidade BOA VISTA - RR Nacionalidade BRASILEIRA  
Contato (95) 99135-1967 Ocupação

Mãe MARIA ALBUQUERQUE  
Endereço RUA - ANDORINHA - 46 - SAO BENTO - BOA VISTA - RR

Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal  
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão  
Setor GRANDE TRAUMA Tipo da Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: ELENILDA SILVA

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

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - 15:44)  
trauma com fratura exposta em 3º quadrante direito de motor de moto

Exame Físico  
trauma mte

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO  
1) Clonazepam 20mg  
2) Paracetamol 400mg  
3) Valproato de Sódio 500mg

APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

Conduta  
☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelar  
☒ Transferência para: Ortopedia  
☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☐ Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: / /

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

Assinatura do Paciente ou Responsável  
Dra. Daniella Cogo  
Carimbo do Médico

Impresso por: elenilda.silva  
Data Hora: 14/05/2018 15:14:33

24 JUN. 2018

1800950497

<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE		2 - CID	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE PRESTADOR		4 - CID	
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE			
5 - NOME DO PACIENTE		6 - Nº DO PROFISSIONAL	
7 - NOME DO PACIENTE		7 - Nº DO PROFISSIONAL	
8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - Nº DO PROFISSIONAL	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL		11 - TELEFONE DE CONTATO	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		13 - CID	
14 - CID		15 - CID	
16 - CID		17 - CID	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO			
18 - PROBLEMA(S) DE SAÚDE DO PACIENTE			
19 - PROBLEMA(S) DE SAÚDE DO PACIENTE			
20 - PROBLEMA(S) DE SAÚDE DO PACIENTE			
21 - CID			
22 - CID			
23 - CID			
24 - CID			
25 - CID			
26 - CID			
27 - CID			
28 - CID			
29 - CID			
30 - CID			
31 - CID			
32 - CID			
33 - CID			
34 - CID			
35 - CID			
36 - CID			
37 - CID			
38 - CID			
39 - CID			
40 - CID			
41 - CID			
42 - CID			
43 - CID			
44 - CID			
45 - CID			
46 - CID			
47 - CID			
48 - CID			
49 - CID			
50 - CID			
51 - CID			
52 - CID			
53 - CID			
54 - CID			
55 - CID			
56 - CID			
57 - CID			
58 - CID			
59 - CID			
60 - CID			
61 - CID			
62 - CID			
63 - CID			
64 - CID			
65 - CID			
66 - CID			
67 - CID			
68 - CID			
69 - CID			
70 - CID			
71 - CID			
72 - CID			
73 - CID			
74 - CID			
75 - CID			
76 - CID			
77 - CID			
78 - CID			
79 - CID			
80 - CID			
81 - CID			
82 - CID			
83 - CID			
84 - CID			
85 - CID			
86 - CID			
87 - CID			
88 - CID			
89 - CID			
90 - CID			
91 - CID			
92 - CID			
93 - CID			
94 - CID			
95 - CID			
96 - CID			
97 - CID			
98 - CID			
99 - CID			
100 - CID			

24 JUN. 2019



<b>SUS</b> Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		<b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b>											
<b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b> 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: <u>HGR</u>				2 - CNES: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: _____				4 - CNES: <table border="1" style="width: 100%; height: 20px;"><tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></table>											
<b>IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE</b> 5 - NOME DO PACIENTE: <u>Jon de Armatório Albuquerque do Nê</u>				6 - Nº DO PRONTUÁRIO: _____											
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>7101614109111214151214161819</u>				8 - DATA DE NASCIMENTO: <u>08/04/61</u>											
9 - SEXO: _____				10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: <u>Maria Albuquerque</u>											
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <u>Rua Andorinha, 46, 105 Santo</u>				12 - TELEFONE DE CONTATO: _____											
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: _____				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: _____											
15 - UF: _____				16 - CEP: _____											
<b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>															
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <p style="font-size: 1.2em;">Paciente com dor abdominal difusa, iniciada há 3 dias + sinais de irritação peritoneal. USG: sugestivo de apendicite.</p>															
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <p style="font-size: 1.2em;">As. aguda</p>															
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <p style="font-size: 1.2em;">Anamnese + Exame físico + USG</p>															
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: <p style="font-size: 1.2em;">Apendicite aguda</p>															
<b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>															
21 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <p style="font-size: 1.2em;">Apendicetomia</p>				22 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____											
23 - CLÍNICA: _____		24 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____		25 - DOCUMENTO: _____											
26 - N° DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____		27 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>14/05/18</u>		28 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____											
29 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>Manuel Santos</u>															
<b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)</b>															
30 - ACIDENTE DE TRABALHO: _____		31 - CNPJ DA SEGURADORA: _____		32 - Nº DO ROLHETE: _____											
33 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: _____		34 - CNPJ EMPRESA: _____		35 - CNAE DA EMPRESA: _____											
36 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJECTO: _____		37 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: _____		38 - CBOR: _____											
39 - EMPREGADOR: _____		40 - AUTÔNOMO: _____		41 - DESEMPREGADO: _____											
42 - APOSENTADO: _____		43 - NÃO SEGURO: _____		44 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: _____											
45 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____															
46 - DOCUMENTO: _____		47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____		48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: _____											
49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): _____		50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>040702003-9</u>													

24 JUN. 2019





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 14/05/19 O.E. 23:00

Jose do Amaral Albuquerque  
que da Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Apêndice agudo

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: \_\_\_\_\_

TIPO DE INTERVENÇÃO: Apêndicectomia

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Apêndice fase IV

CIRURGIÃO: Dr. Helder 1º AUXILIAR: Raulo R2  
2º AUXILIAR: Marcello R2 INSTRUMENTADORA: Anne  
3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: Agulha  
ANESTESISTAS: Eudes ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Pet em DDT + cob regionais
- ② AA + CCE
- ③ Incisão mediana infraumbilical e portos expostos para acesso laparoscópico + diérese na placa da cordão
- ④ Inventário: - Apêndice cecal exposto, com necrose (apêndice fase IV)
- ⑤ Realizada: - Ligadura de estômago apêndice e de mesoapêndice  
- Ligadura de coto apêndice + apêndicectomia
- ⑥ Limpeza cuidadosa de coto e do SFGI nos. atb.
- ⑦ Reparo de hemostase + testes por pinça
- ⑧ Drenagem por + outros procedimentos

Dr. Helder Grossi  
R. 2300  
CRM/RN 1180

Marcello Santos  
Médico Pediatra  
CRM/RN 1180

24 JUN. 2019

João de Almeida L. A. de Silva

Factorial Learning + H. doyle 12

3000 Vols to  
44/05/120

[illegible]

TABLE 1. *Continued*

ANESTESIA	DOSES	TÉCNICA	ANOTACOES
Propofol	2mg/kg	Intubação	1) Propofol 2mg/kg + O2 100%
Midazolam	2mg/kg	Intubação	2) Propofol 2mg/kg + O2 100%
Vecuronio	0,1mg/kg	Intubação	3) Vecuronio 0,1mg/kg + O2 100%
Amidone	2mg/kg	Intubação	4) Amidone 2mg/kg + O2 100%
Alcanon	100mg	Intubação	5) Alcanon 100mg + O2 100%
Glucose	100mg	Intubação	6) Glucose 100mg + O2 100%
NaCl	100mg	Intubação	7) NaCl 100mg + O2 100%
Sangue	100ml	Intubação	8) Sangue 100ml + O2 100%
TOTAL			
OPERAÇÃO			
De Ender / Marcos R.	De Holder / Raulo R.		

Enden Marques P. Filho  
Via - Av. ...  
CAM ...







GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

### FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT DO LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
José de Almeida Albuquerque da Silva				14 / 05 / 18	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Laparotomia exploradora		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		03:00	00:10		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Dr. Carlos	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		R. Marcos	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
R. Paulo		CIRCULANTE			
R. Marcelo		R. Valdir, Ramonete			
TIPO DE ANESTESIA: Sanguínea		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCTS COMPRIMIDAS C/ 03 UNID.		<input checked="" type="checkbox"/>	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	200ml
<input checked="" type="checkbox"/>	PACOTES GAZE	1200ml		FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
<input checked="" type="checkbox"/>	LUVA ESTÉRIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL N°	
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO MONONYLON N°	3.0
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA N°	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA N°	2.0
	LÂMINA BISTURI N°			FIO CATGUT SIMPLES N°	
	DRENO DE SUÇÃO N°			FIO CATGUT CROMADO N°	
	DRENO DE TORÇÃO N°			FIO PROLENE N°	Vicryl N° 2.0
	DRENO DE PENETRAÇÃO N°			FIO SEDA N°	Vicryl N° 2.0
	SERINGA 01ML			SURGICEL	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATAN°	
	SERINGA 10ML			GEOFOAM	
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	Ca 0.01m 0.1
				OUTROS:	Algodão
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA E CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Simone	SUB-TOTAL		
JUNTOÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
		Carica	TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					

24 JUN. 2019



		<b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b>			
		<b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>			
<b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>				DIH	DN
DATA DE ADMISSÃO					
PACIENTE <i>Jose do Carmo A. da Silva</i>					
DIAGNÓSTICO					
ALERGIAS		HAS	DM2	DATA	
IDADE		LEITO		14/05/13	
ITEM		PRESCRIÇÃO			
1		DIETA ORAL LIVRE <i>Dieta</i>			
2		ACESSO VENOSO PERIFÉRICO <i>22 04 10 10</i>			
3		CEFALOTINA 1G EV 6/6H <i>22 04 10 10</i>			
4		TILATIL 20MG EV 12/12H <i>SN</i>			
5		DIPIRONA 500MG EV 6/6H <i>SN</i>			
6		TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA <i>SN</i>			
7		PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) <i>SN</i>			
8		RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N <i>SN</i>			
9		SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) <i>Rolima</i>			
10		SSVV + CCGG 6/6 H <i>Ajencia</i>			
12		CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG <i>Rolima</i>			
14		CURATIVO DIARIO			
15					
16					
17					
18		<b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).</b>			
19		<b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b>			
20		<b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>			

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

*1.º dia evolução da lesão geral*  
*em um 1º dia 3 dias + febre e noma*  
*láb: plano, pouco depressível, doloroso*  
*sem mal-estar em 1º dia*  
*hemiberg 0, snt de dor*

**SINAIS VITAIS**

6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

*CB: 01/05/13*  
*25-05-13*  
*PA = 124 X 88 mmHg*  
*FC = 101 bpm*  
*TX = 36,8*  
*100% O2*

**MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.**

*21h - 37.5°C*  
*lesão*  
*Dr. Marcos Aguiar*  
*Ortopedia e Traumatologia*  
*CRM-PR 1995*





## PRESCRIÇÃO DIÁRIA



Comissão de Estado do Rio de Janeiro  
Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

UNIDADE / SETOR	QUARTO	LEITO	Nº DE REGISTRO
<p>Nome do Paciente: <u>Apresentação de v'v</u></p> <p>Profissionais Responsáveis: <u>Dr. Helder D. Paulo</u></p>			
DATA / HORA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
13/05/18	3) Dado zero (0) 102	08:16	UGH-PA-113x78
00:20h	1) AVE	08:10-18	FC-100
	3) SFC 91-500.1	08:10-14-18	T-36
	4) SFC 1-102	08:10-18	
	5) SFC 1-102	08:10-18	
	6) SFC 1-102	08:10-18	
	7) SFC 1-102	08:10-18	
	8) SFC 1-102	08:10-18	
	9) SFC 1-102	08:10-18	
	10) SFC 1-102	08:10-18	
	11) SFC 1-102	08:10-18	
	12) SFC 1-102	08:10-18	
	13) SFC 1-102	08:10-18	
	14) SFC 1-102	08:10-18	
	15) SFC 1-102	08:10-18	
	16) SFC 1-102	08:10-18	
	17) SFC 1-102	08:10-18	
	18) SFC 1-102	08:10-18	
	19) SFC 1-102	08:10-18	
	20) SFC 1-102	08:10-18	
	21) SFC 1-102	08:10-18	
	22) SFC 1-102	08:10-18	
	23) SFC 1-102	08:10-18	
	24) SFC 1-102	08:10-18	
	25) SFC 1-102	08:10-18	
	26) SFC 1-102	08:10-18	
	27) SFC 1-102	08:10-18	
	28) SFC 1-102	08:10-18	
	29) SFC 1-102	08:10-18	
	30) SFC 1-102	08:10-18	
	31) SFC 1-102	08:10-18	
	32) SFC 1-102	08:10-18	
	33) SFC 1-102	08:10-18	
	34) SFC 1-102	08:10-18	
	35) SFC 1-102	08:10-18	
	36) SFC 1-102	08:10-18	
	37) SFC 1-102	08:10-18	
	38) SFC 1-102	08:10-18	
	39) SFC 1-102	08:10-18	
	40) SFC 1-102	08:10-18	
	41) SFC 1-102	08:10-18	
	42) SFC 1-102	08:10-18	
	43) SFC 1-102	08:10-18	
	44) SFC 1-102	08:10-18	
	45) SFC 1-102	08:10-18	
	46) SFC 1-102	08:10-18	
	47) SFC 1-102	08:10-18	
	48) SFC 1-102	08:10-18	
	49) SFC 1-102	08:10-18	
	50) SFC 1-102	08:10-18	
	51) SFC 1-102	08:10-18	
	52) SFC 1-102	08:10-18	
	53) SFC 1-102	08:10-18	
	54) SFC 1-102	08:10-18	
	55) SFC 1-102	08:10-18	
	56) SFC 1-102	08:10-18	
	57) SFC 1-102	08:10-18	
	58) SFC 1-102	08:10-18	
	59) SFC 1-102	08:10-18	
	60) SFC 1-102	08:10-18	
	61) SFC 1-102	08:10-18	
	62) SFC 1-102	08:10-18	
	63) SFC 1-102	08:10-18	
	64) SFC 1-102	08:10-18	
	65) SFC 1-102	08:10-18	
	66) SFC 1-102	08:10-18	
	67) SFC 1-102	08:10-18	
	68) SFC 1-102	08:10-18	
	69) SFC 1-102	08:10-18	
	70) SFC 1-102	08:10-18	
	71) SFC 1-102	08:10-18	
	72) SFC 1-102	08:10-18	
	73) SFC 1-102	08:10-18	
	74) SFC 1-102	08:10-18	
	75) SFC 1-102	08:10-18	
	76) SFC 1-102	08:10-18	
	77) SFC 1-102	08:10-18	
	78) SFC 1-102	08:10-18	
	79) SFC 1-102	08:10-18	
	80) SFC 1-102	08:10-18	
	81) SFC 1-102	08:10-18	
	8		



Data da elaboração:  
Fevereiro 2013

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







## EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA: 15/05/2018	DI/HGR: 14/05/18	DN: 08/04/61	LEITO: F-18
NOME: Sora de Animateia Albuquerque		IDADE: 57a	

**Diagnósticos:** D01 de apendicetomia + Trauma

**Dispositivos:**

SNG:

Sonda Vesical: de demora

Dreno de Tórax: com sonda

Outros: sonda nasogástrica

**Antimicrobianos:**

Atual:

Pregresso:

(X) Paciente sem queixas, noite sem intercorrências. Diurese, flatos e evacuação +, deambulando, aceita bem a dieta. Nega febre, dor, vômito, diarreia.

Dr. em dieta zero, não deambulando ainda

Exame Físico: BEG ( ) REG (X) MEG ( ) / Anictérico (X) ou Ictérico ( ) /+4  
Hidratado (X) ou Desidratado ( ) /+4 / Consciente (X) ou Desorientado ( )  
Corado ( ) ou Hipocorado (X) 1+/+4 / Acianótico (X) ou Cianótico ( ) /+4

**AP. Cardiovascular**

(X) RCR2T, BCNF, sem Sopros

( ) Outros:

**AP. Respiratório**

(X) MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios

( ) Outros:

**ABD.:**

( ) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +

(X) Outros: com defesa abdominal, dor à palpação profunda

fo fômpo e neta

**EXT:**

(X) Bom perfusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livres

( ) Outros:

**EXAMES:**

ID.: paciente em BPO1, estável

PROGRAMAÇÃO: suporte

CD.: Mantida

Dr. Cláudio Henrique  
Médico Residente  
Cirurgia Geral  
CRM-RR 1503

Dkaion Vilela  
Mat. 1201315206  
Interno-Medicina




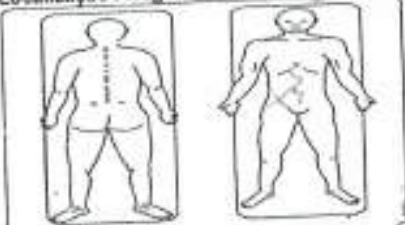
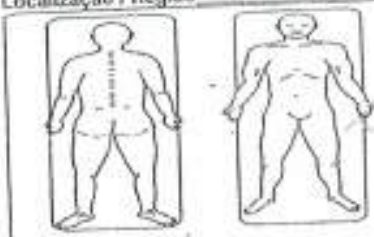
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME	José de Arimateia Albuquerque da Silva	LEITO	Bloco F - 18	DATA	16/05/18
1	Dieta ZERO (D2/D2)	12	18	HD 2° DPO Appendicetomia Fase IV	
2	ANP	13	18	Dr Helder/R2 Paulo/R1 Marcello	
3	SF 0,9% 460ml + GH 50% 40mL EV 6/6h	14	18		
4	Ceftriaxona 1g EV 12/12h	15	18		
5	Metronidazol 500mg EV 8/8h	16	18		
6	Dipirona 1g EV 4/4h	17	18		
7	Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h se dor refratária ao item 6	18	18		
8	Plasil 10mg EV 8/8h	19	18		
9	Ranitidina 50mg EV ou VO 8/8h	20	18		
10	Captopril 25mg, 1cp VO se PAS≥160 ou PAD≥110mmHg	21	18		
11	Curativo diário	22	18		
12	SSVV+CCGG	23	18		
13		24	18		
14		25	18		
15		26	18		
16		27	18		
17		28	18		
		29	18		
		30	18		
		31	18		
		32	18		
		33	18		
		34	18		
		35	18		
		36	18		
		37	18		
		38	18		
		39	18		
		40	18		
		41	18		
		42	18		
		43	18		
		44	18		
		45	18		
		46	18		
		47	18		
		48	18		
		49	18		
		50	18		
		51	18		
		52	18		
		53	18		
		54	18		
		55	18		
		56	18		
		57	18		
		58	18		
		59	18		
		60	18		
		61	18		
		62	18		
		63	18		
		64	18		
		65	18		
		66	18		
		67	18		
		68	18		
		69	18		
		70	18		
		71	18		
		72	18		
		73	18		
		74	18		
		75	18		
		76	18		
		77	18		
		78	18		
		79	18		
		80	18		
		81	18		
		82	18		
		83	18		
		84	18		
		85	18		
		86	18		
		87	18		
		88	18		
		89	18		
		90	18		
		91	18		
		92	18		
		93	18		
		94	18		
		95	18		
		96	18		
		97	18		
		98	18		
		99	18		
		100	18		
		101	18		
		102	18		
		103	18		
		104	18		
		105	18		
		106	18		
		107	18		
		108	18		
		109	18		
		110	18		
		111	18		
		112	18		
		113	18		
		114	18		
		115	18		
		116	18		
		117	18		
		118	18		
		119	18		
		120	18		
		121	18		
		122	18		
		123	18		
		124	18		
		125	18		
		126	18		
		127	18		
		128	18		
		129	18		
		130	18		
		131	18		
		132	18		
		133	18		
		134	18		
		135	18		
		136	18		
		137	18		
		138	18		
		139	18		
		140	18		
		141	18		
		142	18		
		143	18		
		144	18		
		145	18		
		146	18		
		147	18		
		148	18		
		149	18		
		150	18		
		151	18		
		152	18		
		153	18		
		154	18		
		155	18		
		156	18		
		157	18		
		158	18		
		159	18		
		160	18		
		161	18		
		162	18		
		163	18		
		164	18		
		165	18		
		166	18		
		167	18		
		168	18		
		169	18		
		170	18		
		171	18		
		172	18		
		173	18		
		174	18		
		175	18		
		176	18		
		177	18		
		178	18		
		179	18		
		180	18		
		181	18		
		182	18		
		183	18		
		184	18		
		185	18		
		186	18		
		187	18		
		188	18		
		189	18		
		190	18		
		191	18		
		192	18		
		193	18		
		194	18		
		195	18		
		196	18		
		197	18		
		198	18		
		199	18		
		200	18		
		201	18		
		202	18		
		203	18		
		204	18		
		205	18		
		206	18		
		207	18		
		208	18		
		209	18		
		210	18		
		211	18		
		212	18		
		213	18		
		214	18		
		215	18		
		216	18		
		217	18		
		218	18		
		219	18		
		220	18		
		221	18		
		222	18		
		223	18		
		224	18		
		225	18		
		226	18		
		227	18		
		228	18		
		229	18		
		230	18		
		231	18		
		232	18		
		233	18		
		234	18		
		235	18		
		236	18		
		237	18		
		238	18		
		239	18		
		240	18		
		241	18		
		242	18		
		243	18		
		244	18		
		245	18		
		246	18		
		247	18		
		248	18		
		249	18		
		250	18		
		251	18		
		252	18		
		253	18		
		254	18		
		255	18		
		256	18		
		257	18		
		258	18		
		259	18		
		260	18		
		261	18		
		262	18		
		263	18		
		264	18		
		265	18		
		266	18		
		267	18		
		268	18		
		269	18		
		270	18		
		271	18		
		272	18		
		273	18		
		274	18		
		275	18		
		276	18		
		277	18		
		278	18		
		279	18		
		280	18		
		281	18		
		282	18		
		283	18		
		284	18		
		285	18		
		286	18		
		287	18		
		288	18		
		289	18		
		290	18		
		291	18		
		292	18		
		293	18		
		294	18		
		295	18		
		296	18		
		297	18		
		298	18		
		299	18		
		300	18		
		301	18		
		302	18		
		303	18		
		304	18		
		305	18		
		306	18		
		307	18		
		308	18		
		309	18		
		310	18		
		311	18		
		312	18		
		313	18		
		314	18		
		315	18		
		316	18		
		317	18		
		318	18		
		319	18		
		320	18		
		321	18		
		322	18		
		323	18		
		324	18		
		325	18		
		326	18		
		327	18		
		328	18		
		329	18		
		330	18		
		331	18		
		332	18		
		333	18		
		334	18		
		335	18		
		336	18		
		337	18		
		338	18		
		339	18		
		340	18		
		341	18		
		342	18		
		343	18		
		344	18		
		345	18		
		346	18		
		347	18		
		348	18		



 <b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HCR</b>		<b>Protocolo nº 1 - Versão: 06</b> <b>Atualizada: Janeiro / 2015</b> <b>ENF/LEITO:</b>	<b>Data da Elaboração:</b> <b>Fevereiro 2013</b>
<b>Nome:</b> <u>José de A. Amanteu A. Silva 18</u>			
<b>DATA:</b> <u>16.05.18</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II x 2	<b>Localização / Região:</b> <u>ABD</u> 	<b>DATA:</b> <u>16.05</u> <input type="checkbox"/> GRAU - I <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II	<b>Localização / Região:</b> <u>MEMBROS</u> 
<b>Etiologia:</b> <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> on neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____		<input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> on neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: _____	
<b>Tamanho da Ferida:</b> Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
<b>Aparência do Leito:</b> <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escabelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escabelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico	
<b>Quantidade de Exsudato:</b> <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante		<input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante	
<b>Tipo de exsudato:</b> <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo	
<b>Dor:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	
<b>Odor:</b> <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor	
<b>Condição da pele Perilesional:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____	
<b>Solução para limpeza:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____	
<b>Cobertura primária (Contato direto na lesão):</b> <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: <u>Biobrane 16x4</u>	
<b>Hora do curativo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
<b>Data da Próxima troca:</b> _____ caso de + de 24hs		<b>30-05</b>	
<b>Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem</b> 01- <u>Cesar Soares Costa</u> Técnico em Enfermagem COREN-PR 599.290		02- <u>Claudete da S. Leite</u> Aux. de Enfermagem COREN-PR 287.163-AE	
<b>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro</b>		03- <u>Cesar Soares Costa</u> Técnico em Enfermagem COREN-PR 599.290	
<b>OBS:</b>		<b>OBS:</b>	

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



SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA

ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

[illegible]



Protocolo nº 1 | Versão:06  
Atualizada: Janeiro / 2015  
**ENF/LEITO:** 48

Data de Elaboração:  
Fevereiro 2012

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA


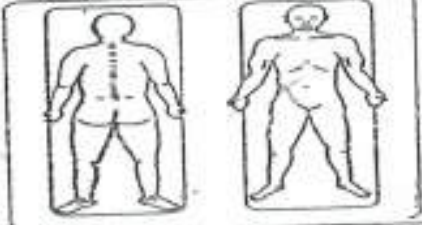
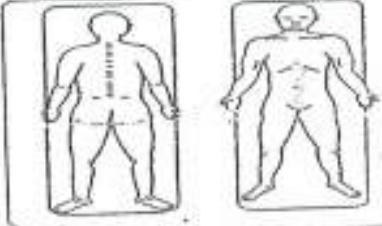


ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NCME	José de Arimatéia Albuquerque da Silva	LEITO	Bloco F - 18	DATA	18/05/18
1	Deta líquida			HD	4° DPO Apendicetomia Fase
2	A/P		SM		
3	Ceftriaxona 1g EV 12/12h		20		
4	Netronidazol 500mg EV 8/8h		18		
5	Dipirona 1g EV 4/4h		18		
6	Tiamal 100mg + SF 0,9% 100ml EV 8/8h se dor refratária ao item 5		18		
7	Pisil 10mg EV 8/8h SN		SN		
8	Ranitidina 50mg EV ou VO 8/8h		SN		
9	Captopril 25mg, 1cp VO se PAS ≥ 160 ou PAD ≥ 110mmHg		SN		
10	Cirativo diário		Rotina		
11	SSV+CCGG				
12					
13					
14					
15					
16					
17					
SINAIS VITAIS					
18	12H	18H	24H	06H	
PA	156/112	156/112	156/112	156/112	
FC	96	96	96	96	
TEMPERATURA	36,6	36,6	36,6	36,6	
FR	18	18	18	18	
DIURESE					
DIETAÇÃO					
CURATIVO					
Anotações da Enfermagem					
12.00h Realizar os procedimentos verificados às 15.00h sem queixas 107 unidades de infusão					
Alcine Cardoso Albuquerque Téc. Enfermagem CRM-RR 12195-7					
Insulina Regular					
DEXTRO	Insulina Regular	Glucose 50% 40 ml EV			
< 70		0 UI - SC			
< 200		02 UI - SC			
201-250		04 UI - SC			
251-300		06 UI - SC			
301-350		08 UI - SC			
351-400		10 UI - SC			
> 400		CHAMAR PLANTONISTA			

16.15  
16.15



 <b>Acompanhamento das Feridas</b> <b>Comissão de Curativo - HGRB</b>		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data da Elaboração: Janeiro 2013
		Atualizada: Janeiro / 2015		
		<b>ENF/LEITO:</b>		
<p>Nome: <u>José de Arimatéia A. Silva</u> <u>18</u></p>				
<p>DATA: <u>18.05.18</u></p> <p>GRAU - I</p> <p>GRAU - II</p>	<p>Localização / Região <u>ABD</u></p> 		<p>DATA: <u>18.05</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU - II</p>	
<p>Localização / Região <u>ABD</u></p> 				
<p>Patologia</p>	<p><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____</p>	
<p>Tamanho da Ferida:</p>	<p>Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm</p> <p>Profundidade _____ cm</p>		<p>Comprimento _____ cm    Largura: _____ cm</p> <p>Profundidade _____ cm</p>	
<p>Localização do Leito:</p>	<p><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo</p> <p><input type="checkbox"/> Tecido necrótico</p>		<p><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com estacelo</p> <p><input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara</p>	
<p>Quantidade de Exsudato</p>	<p><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p>		<p><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco</p> <p><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p>	
<p>Cor do exsudato:</p>	<p><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo</p>		<p><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento</p> <p><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo</p>	
<p>Dor:</p>	<p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito</p> <p><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor</p>		<p><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não</p> <p><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito</p> <p><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor</p>	
<p>Condição da pele perilesional:</p>	<p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor</p> <p><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras _____</p>	
<p>Solução para limpeza</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%</p> <p><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>		<p><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%</p> <p><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	
<p>Cobertura primária (selecione um teste)</p>	<p><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata</p> <p><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>		<p><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase</p> <p><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata</p> <p><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>	
<p>Hora do curativo:</p>	<p><input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde</p>		<p><input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde</p>	
<p>Próxima troca: em caso de + de 24hs</p>	<p><u>01-</u> <u>Diana Costa</u> Técnico em Enfermagem CREN-PR 599-290</p>		<p><u>02-</u> <u>Diana Costa</u> Técnico em Enfermagem CREN-PR 599-290</p>	
<p>Assinatura do Enfermeiro</p>	<p><u>Diana Costa</u> Técnico em Enfermagem CREN-PR 599-290</p>		<p><u>Diana Costa</u> Técnico em Enfermagem CREN-PR 599-290</p>	
<p>OBS:</p>		<p>OBS:</p>		

OBS: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Conva Icc, Solutions Programs.  
Os pacientes com 62 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



## EVOLUÇÃO MÉDICA - CIRURGIA

DATA: 19/05/2016	DI/HGR:	DN:	ÁREA: Bloco B
NOME: José de Azeiteiro A da Silva	IDADE:	LEITO: 247-1	
DATA DA CIRURGIA: ___/___/2017	MÉDICO PRECEPTOR:		
	MÉDICO RESIDENTE:		

Diagnósticos: SDDO Amputação - F. 4

Dispositivos:	Antimicrobianos:
SNG: — AVP	Atual:
Sonda Vesical: —	Pregresso:
Dreno de Tórax: —	
Outros: Dreno abdominal	

(X) Paciente sem queixas, noite sem intercorrências. Diurese, flatos e evacuação +, deambulando, aceita bem a dieta. Nega febre, dor, vômito, diarreia.

(X) Outros: Paciente q amputação traumática da porção distal do 3º dedo da mão (E)

Exame Físico: BEG (X) REG ( ) MEG ( ) / Anictérico (X) ou Ictérico ( ) /+4  
Hidratado (X) ou Desidratado ( ) /+4 / Consciente (X) ou Desorientado ( )  
Corado (X) ou Hipocorado ( ) /+4 / Acianótico (X) ou Cianótico ( ) /+4

### Ap. Cardiovascular

(X) RCR2T, BCNF, sem Sopros

( ) Outros:

( ) DVA? Quais:

### Ap. Respiratório

(X) MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios

( ) Outros:

### ABD.:

( ) Flácido, sem vísceromegalias, indolor, RHA +

(X) Outros: Distenso, distendido, indolor à palpação, RHA +

### Ext.:

(X) Bom perfusão periférica (< 3s); Ausência de edemas; Panturrilhas livre

( ) Outros:

ID.: Estável

FO.: limpa, seca, sem flogose

PROGRAMAÇÃO:

CD.:

Assinatura e Carimbo





SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME	JOSÉ DE ARIMATEIA ALBUQUERQUE DA SILVA	LEITO	217-1	DATA	20/05/2018
1	Dieta oral branda		54 D		HD 4º DPO Apendicectomia Fase IV
2	AVP		manhã		
3	Ceftriaxona 1g EV 12/12h		08 18 02		
4	Metronidazol 500 mg EV 8/8 h		10 14 18 22 02		
5	Dipirona 1 g EV 4/4h		14 18 04		Dr Heider
6	Tamol 100mg + SF 0,9% 100mL EV de 8/8h se dor refratária ao item 5 (dipirona)		14 18 04		
7	Plasil 10 mg EV 8/8h		14 18 04		
8	Ranitidina 50mg EV 8/8h		14 18 04		
9	Captopril 25mg 01 cp VO se PAS >= 160 e/ou PAD >= 110 mmHg		14 18 04		
10	Curativo diário		14 18 04		
11	SSW+CCGG		14 18 04		
12					
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SINAIS VITAIS					
HORÁRIO	12H	18H	24H	06H	
PA					
FC					
TEMPERATURA					
FR					
DIURESE					
EVACUAÇÃO					
CURATIVO					
Anotações da Enfermagem					
Insulina Regular					
DEXTRO	Glicose 50% 40 ml EV				
< 70	0 UI - SC				
< 200	02 UI - SC				
201-250	04 UI - SC				
251-300	06 UI - SC				
301-350	08 UI - SC				
351-400	10 UI - SC				
>400	CHAMAR PLANTONISTA				
HORA					
DEXTRO					
INSULINA					

Dra. Adelle Gatt Costa  
Médica Especialista  
Cirurgia Geral  
CRM-RR 15998



SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA  
PRESCRIÇÃO MÉDICA DIÁRIA



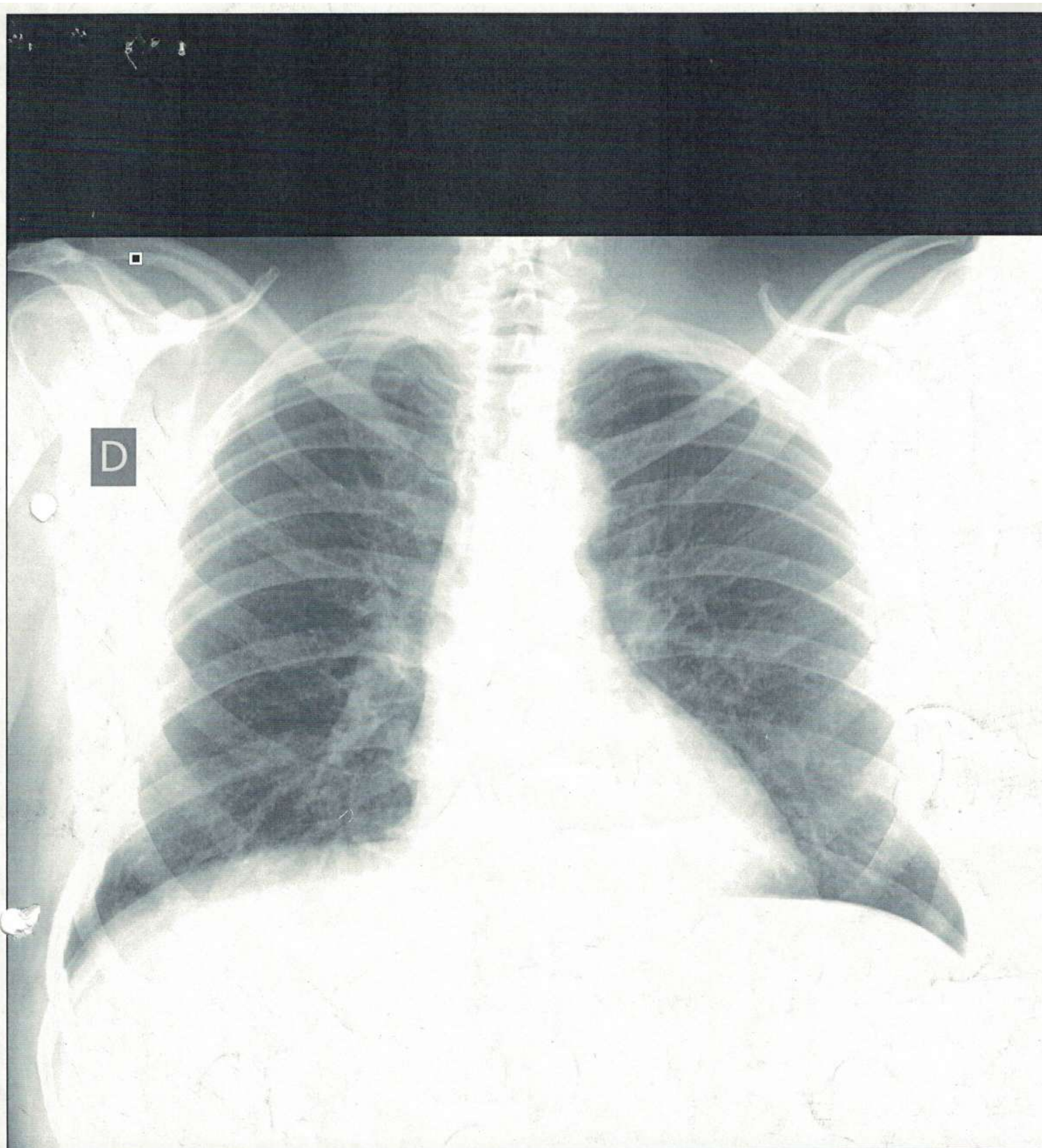
ALERGIA: NÃO: ☐ SIM: ☐

NOME		JOSÉ DE ARIMATEIA ALBUQUERQUE DA SILVA		LEITO	217-1	DATA	20/05/2018
1	Dita oral líquida - pasta				5r	HD	4º DPO Apendicectomia Fase IV
2	A/P				5r		
3	Ceftriaxona 1g EV 12/12h				5r		
4	Metronidazol 500 mg EV 8/8 h				5r		
5	Dipirona 1 g EV 4/4h				5r		Dr Helder
6	Tramal 100mg + SF 0,9% 100mL EV de 8/8h se dor refratária ao item 5 (dipirona)				5r		
7	Plasil 10 mg EV 8/8h				5r		
8	Ranitidina 50mg EV 8/8h				5r		
9	Captopril 25mg 01 cp VO se PAS > / = 160 e/ou PAD > / = 110 mmHg				5r		
10	Curativo diário				5r		
11	SSW+CCGG				5r		
12	Alte hospitalar				5r		
13					5r		
14					5r		
15					5r		
16					5r		
17					5r		
18					5r		
19					5r		
20					5r		
HORÁRIO		SINAIS VITAIS		DEXTRO	Insulina Regular	HORA	INSULINA
PA	158x106	18H	24H	< 70	Glicose 50% 40 ml EV		
FC	54	107x62		< 200	0 UI - 5C		
TEMPERATURA	36.1	36.1		201-250	02 UI - 5C		
FR	+	+		251-300	04 UI - 5C		
DIURSE	+	+		301-350	06 UI - 5C		
EVACUAÇÃO	+	+		351-400	08 UI - 5C		
CURATIVO	+	+		>400	10 UI - 5C		
				CHAMAR PLANTONISTA			

Dr. Adilson C. Costa  
Médico Residente  
Ortopedia Geral  
CRM-RJ 19653

INSTITUTO ADOLFO DE LIMA  
Av. Dr. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Hamburgo - RS 91221-900  
AUTENTICAÇÃO  
20/05/2018  
Certifico que a cópia presente  
origina e fiel reprodução original  
não foi apresentada neste Hospital





JOSE DE ARIMATEIA DE A. DA SILVA ,  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TEC. SILVIO

14/5/2018 22:35:14

48,0 %





PRONTO ATENDIMENTO COSME SILVA 7366

TR ENILSON

JOSE DE ARIMATEIA ALBUQU 14/05/2018

D/N 08/04/1961

115,6 %

MEMBROS SUP









34,9 %

14/5/2018 22:35:14

JOSE DE ARIMATEIA DE A. DA SILVA ,

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**

TEC. SILVIO