



VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

PROCURAÇÃO

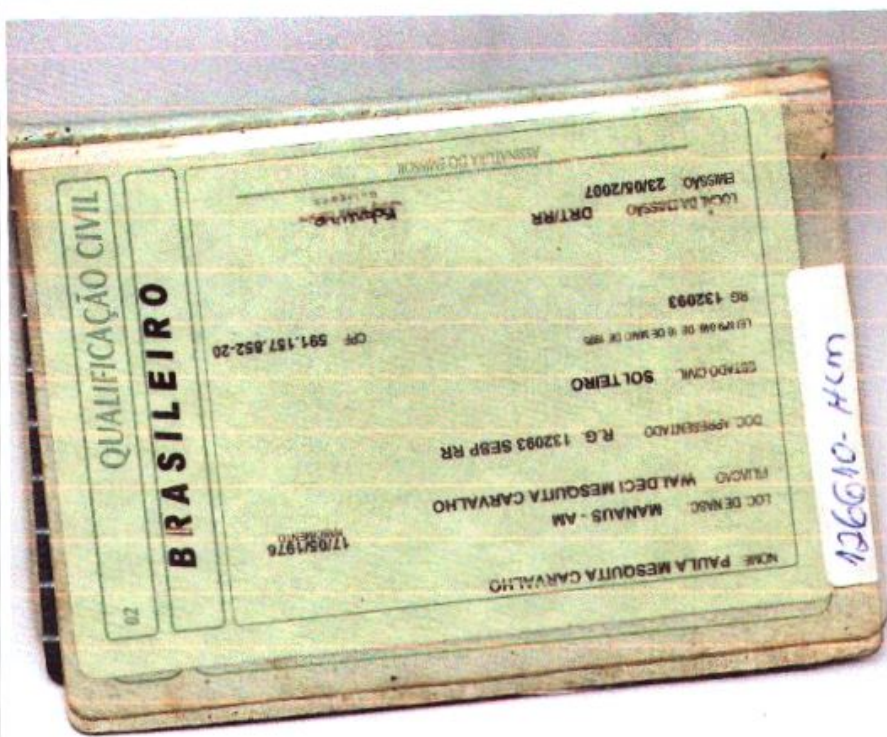
OUTORGANTE: PAULA MESQUITA CARVALHO, brasileira, solteira, autônoma, portadora da cédula de identidade 132093 SSP/RR, CPF 591.157.852-20, sendo esta residente e domiciliada na Rua Barnabé Antonio de Lima, nº 1215, Bairro Alvorada, CEP 69.317-231, no Município de Boa Vista- RR.

OUTORGADOS: Dr. VALDENOR ALVES GOMES, advogado, casado, inscrito na OAB/RR sob o nº 618; **Drª ROSIANE MARIA OLIVEIRA GOMES**, advogada, casada, inscrita na OAB/RR sob o nº 1358, sócios no escritório **VALDENOR GOMES ADVOGADOS ASSOCIADOS**, inscrita na OAB/RR sob o nº 153, com escritório situado na Rua Maria Rodrigues dos Santos, nº 996, Bairro Asa Branca, CEP. 69.312.285, na Cidade de Boa Vista/RR, onde receberão as devidas intimações.

PODERES: Para o foro em geral e os da cláusula ad-judicia, mais os ressalvados no art. 105 do CPC, exceto para receber citação. Para propor, no interesse do outorgante; em qualquer instância, juízo ou tribunal, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo for proposta, acompanhando-se até o final julgamento, interpor medidas cautelares, incidentes ou não, efetivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais para os atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, patrocinar os interesses do outorgante, procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, intimações, acordar, discordar, receber e dar quitação de valores, transigir, desistir, renunciar ao direito, sobre o que se funda a ação, firmar compromisso, requerer a extinção ou suspensão do processo. Podendo ainda, desempenhar suas atividades profissionais junto ao órgão da administração direta e indireta da União, Estados e Municípios. Representar junto ao **INSTITUTO NACIONAL DE SEGURO SOCIAL – INSS**. Podendo ainda substabelecer.

Boa Vista – RR, 29 de janeiro de 2020.


PAULA MESQUITA CARVALHO





VALDENOR GOMES
ADVOCACIA E CONSULTORIA

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA FINANCEIRA

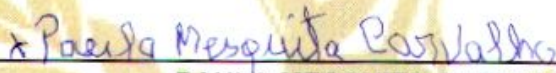
OUTORGANTE: PAULA MESQUITA CARVALHO, brasileira, solteira, autônoma, portadora da cédula de identidade 132093 SSP/RR, CPF 591.157.852-20, sendo esta residente e domiciliada na Rua Barnabé Antonio de Lima, nº 1215, Bairro Alvorada, CEP 69.317-231, no Município de Boa Vista- RR.

Declaro para os devidos fins Legais que sou hipossuficiente financeiramente na forma da lei (Lei nº 1.060/50, artigo 5º parágrafo 4º) não dispondo de recursos ou condições para arcar com as despesas e custas processuais sem prejuízo ao meu próprio sustento e de minha família.

Por este motivo, suplico a vossa excelência, que se digne em conceder os benefícios da justiça gratuita, tudo de conformidade com artigo 1º, Lei nº 5478, de 25 de julho de 1968.

Pelo qual firmo a presente declaração ciente de todas as condições legais.

Boa Vista – RR, 29 de janeiro de 2020.



PAULA MESQUITA CARVALHO

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ83X WXLJ4 7YVXN N2DDK





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site 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 00. 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, 18 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do
Seguro DPVAT: 3190673072

Vítima: PAULA MESQUITA CARVALHO

Data do Acidente: 04/11/2017

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), PAULA MESQUITA CARVALHO

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:

Juros:

Total creditado:

R\$ 0,00

R\$ 0,00

R\$ 2.362,50

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros superiores 70%

Graduação: Em grau leve 25%

% Invalidez Permanente DPVAT: (25% de 70%) 17,50%

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 =

R\$ 2.362,50

Recebedor: PAULA MESQUITA CARVALHO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 001

Agência: 000005780-0

Conta: 000010025336-9

Tipo: CONTA POUPANÇA

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

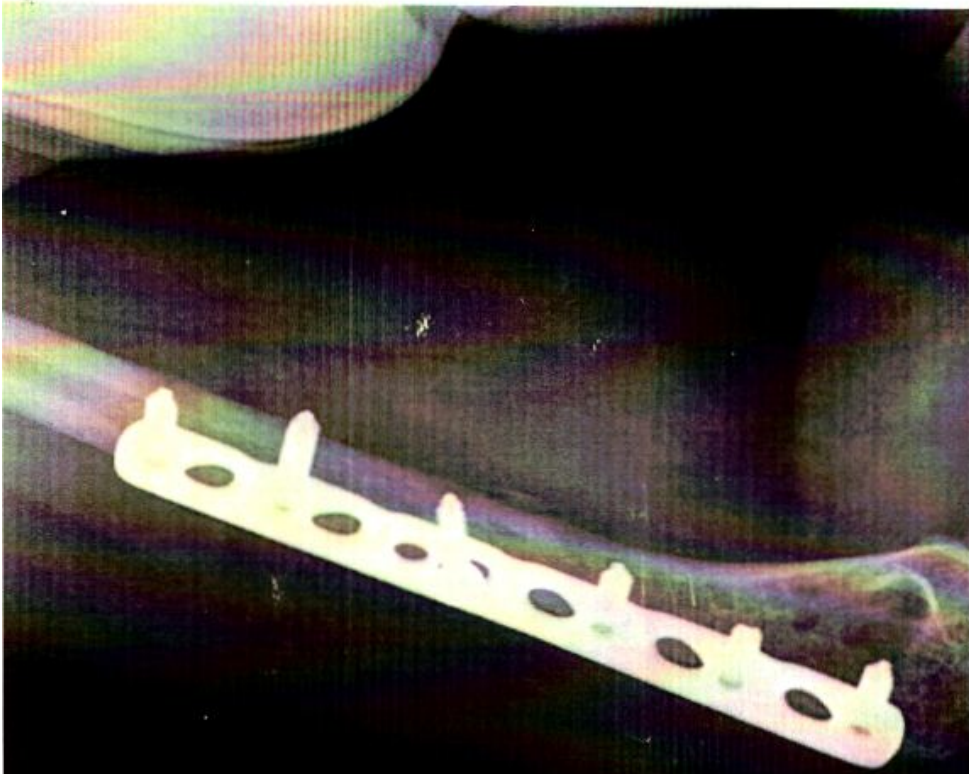
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMIS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em: www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

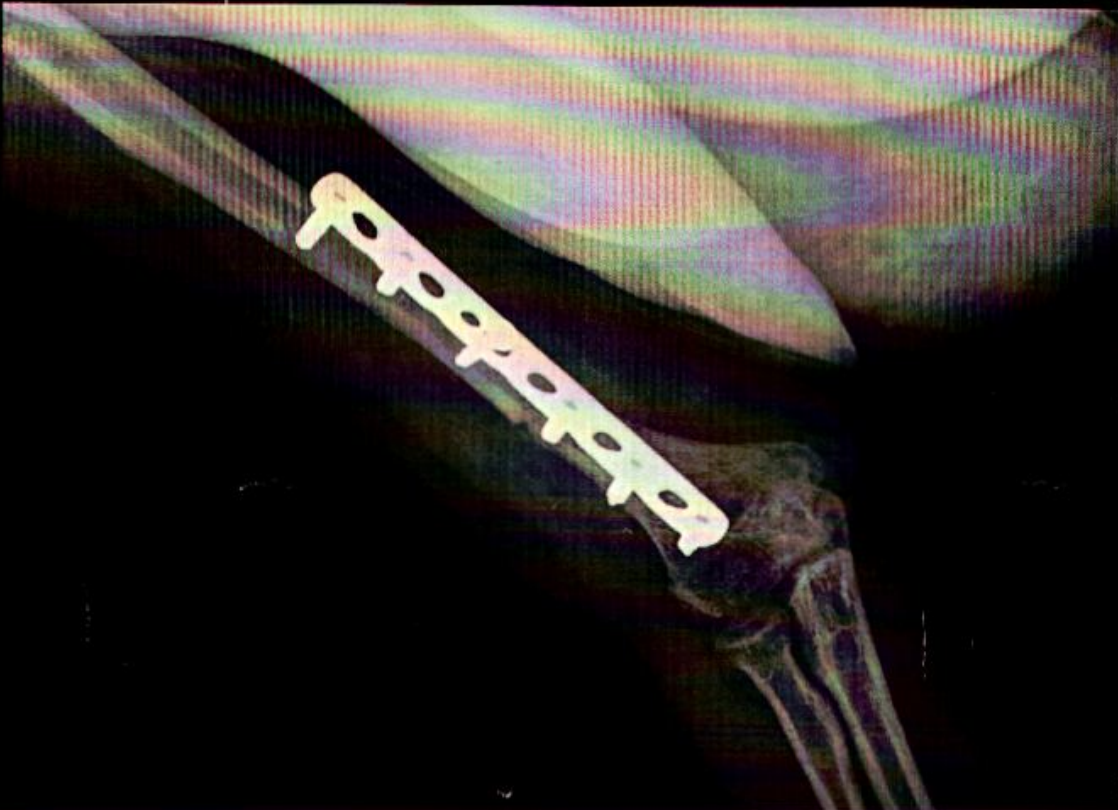
Estamos aqui para Você



85,7 %

28/02/2018

Marcos



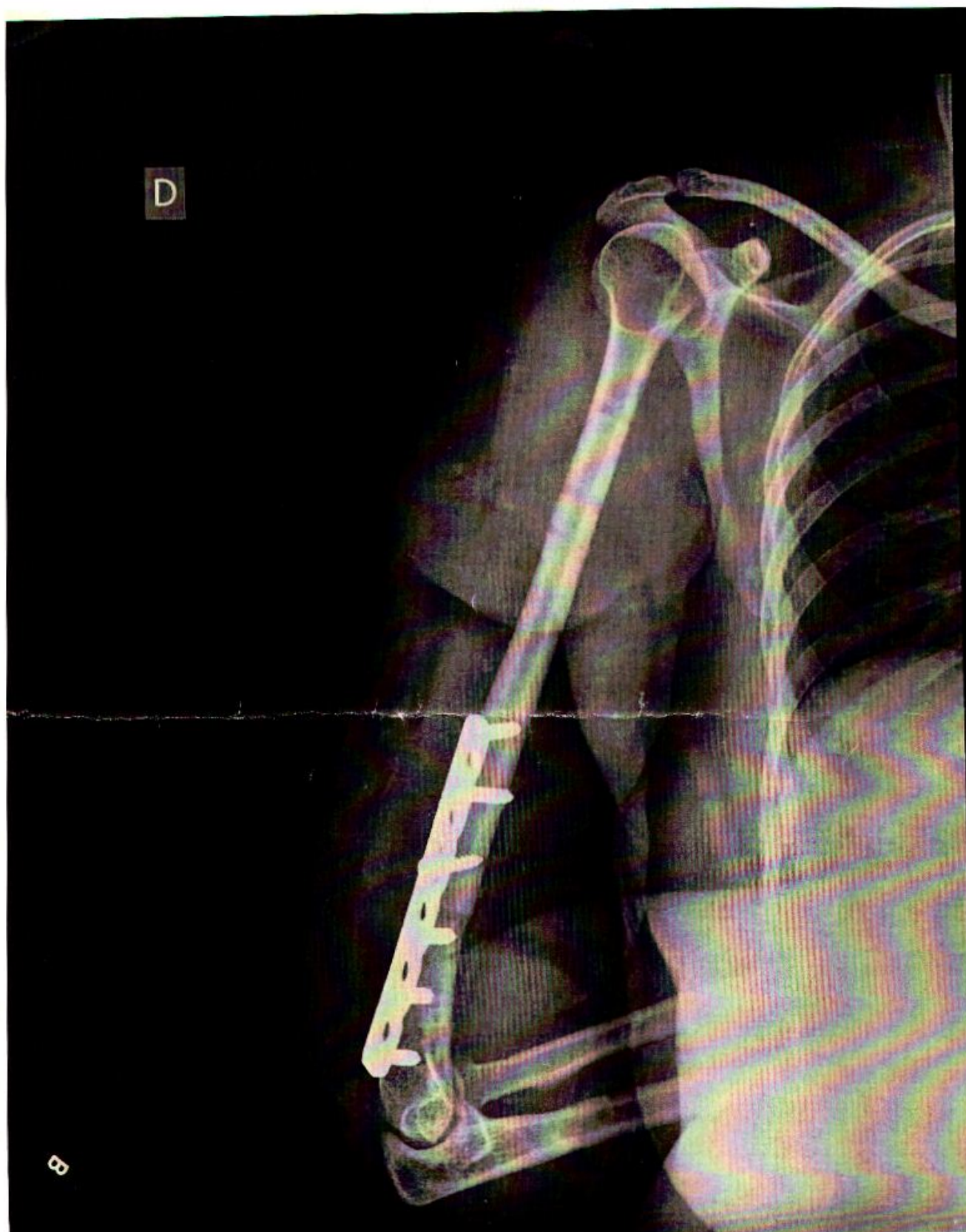
63,0 %

2105

PAULA MESQUITA C

HOSPITAL CORONEL MOTA





PAULA MESQUITA CARVALHO,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

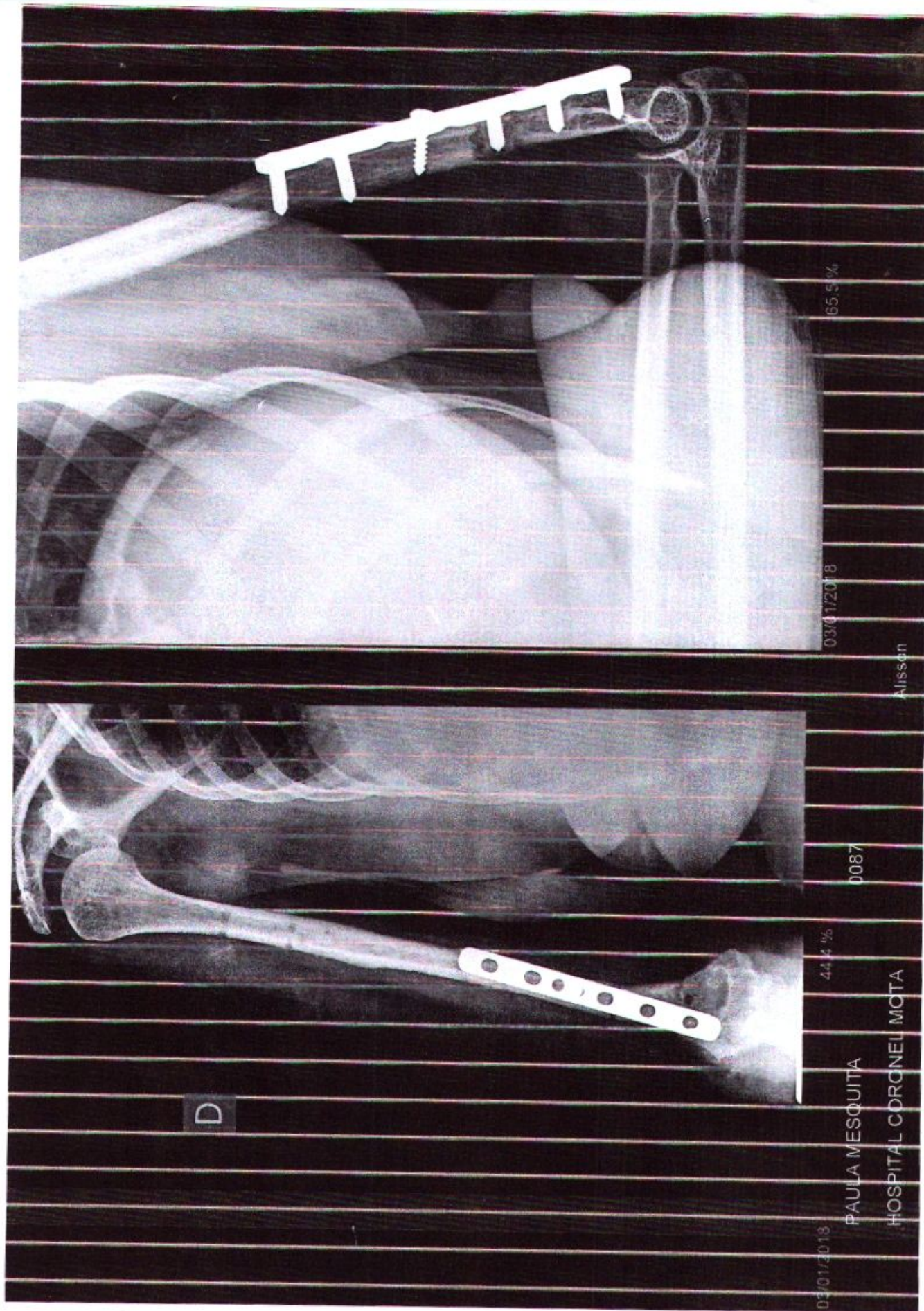
TR.

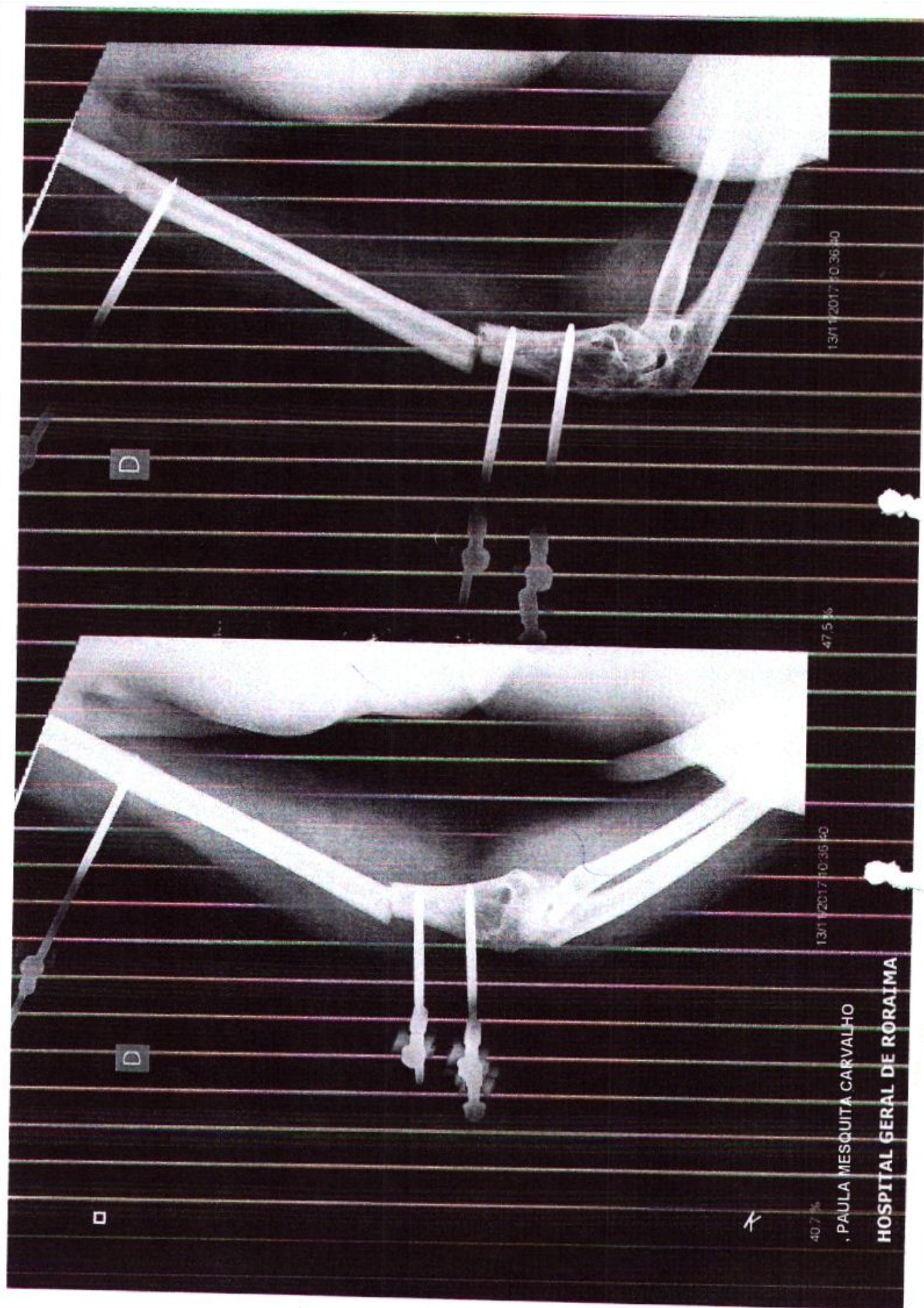
BLOCO: A 118 1

17/11/2017 08:14:40

53.7 %

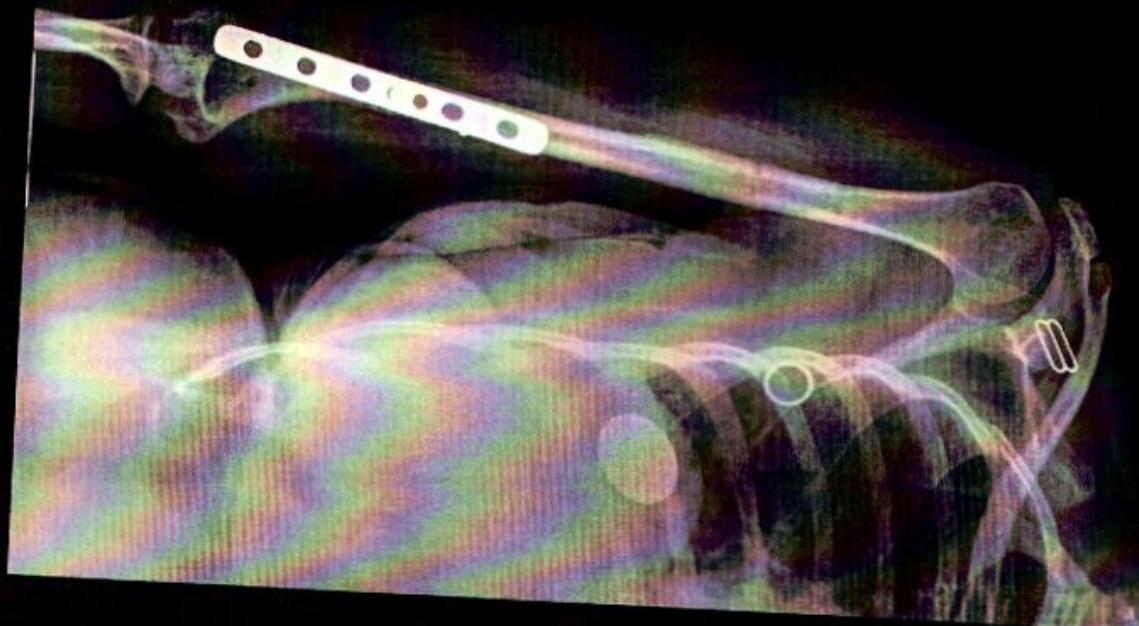






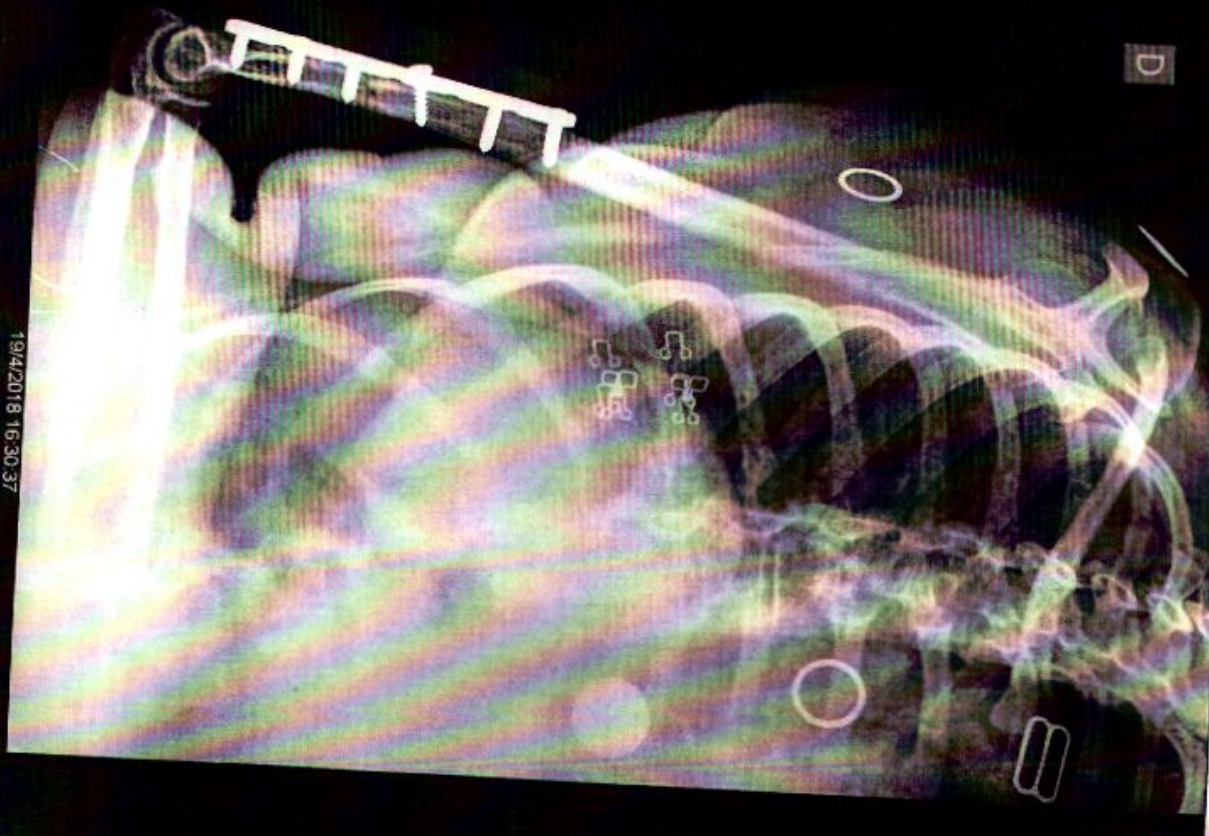
37,7 %
PAULA MESQUITA CARVALHO
HOSPITAL GERAL DE POPATIM

19/4/2018 16:30:37



40,8 %

19/4/2018 16:30:37





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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 035397/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 15/10/2019 09:53 Data/Hora Fim: 15/10/2019 10:24
Delegado de Polícia: Debora Alves Monteiro

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 04/11/2017 11:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: ataide teive/ grão mestre claudio barbos de araujo

Bairro: Laura Moreira

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: AUTO LESÃO - ACIDENTE DE TRÂNSITO	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: PAULA MESQUITA CARVALHO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: AM - Manaus Sexo: Feminino Nasc: 17/05/1976
Profissão: Autônomo
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Waldeci Mesquita Carvalho

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 132093

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: rua barnabé antonio de lima Nº: 1215
Bairro: alvaorada
Telefone: (95) 99129-8043 (Celular)

Nome Civil: ELISÂNGELA PEREIRA ALVES (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira Sexo: Feminino Nasc: 05/07/1979
Estado Civil: Sem Informação
Nome da Mãe: Izabel Pereira Alves Nome do Pai: Francisco Cristiano Alves

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 336269-8

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

A comunicante informa que trafegava na Av Ataide Teive na garupa da motocicleta ronda cg 125 fan placa NAO0866 de cor preta chassi 9C2JC30706R900037 em nome de Talita Alaine Albuquerque, que foram atingidas por um veículo que atravessou a avenida vindo da Rua Grão Mestre Claudio Barbosa de Araujo, com a queda a comunicante teve uma fratura



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Francinelson Cardoso Froz
Data de Impressão: 15/10/2019 10:24
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: 035397/2019

exposta no braço direito, que o infrator fugiu do local, que foi atendida pelo SAMU e conduzida ao HGR, é o relato.
que não deseja representar.

ASSINATURAS


Francinelson Cardoso Froz
Agente Carcerário
Matrícula 042000682
Responsável pelo Atendimento


Paula Mesquita Carvalho
(Vítima / Comunicante)

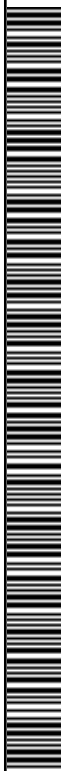
"Declaro para os devidos fins de direito que sou (a) único(a) responsável pelas informações acima assinadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que de
origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denúncia Caluniosa e 340-Comunicação Falsa da Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: Debora Alves Monteiro
Impresso por: Francinelson Cardoso Froz
Data de Impressão: 15/10/2019 10:24
Protocolo nº: Não disponível

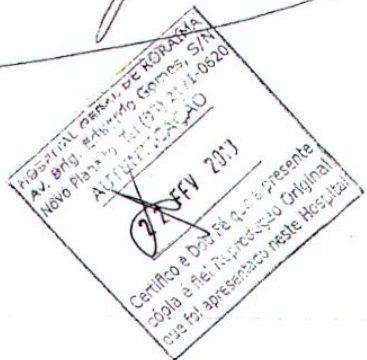
Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



A

Dr. Valdenor Alves Gomes
Médico
Endereço: Rua do Comércio, 100
Fone: (31) 3111-0820
e-mail: valdenor@brasil.com.br
Assinatura de Valdenor Alves Gomes
Data: 05/02/2020



... Guia de Atendimento 02 ...

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

1700860823 04/11/2017 12:34:14 **FICHA DE ATENDIMENTO** TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 16

Paciente **PAULA MESQUITA CARVALHO** Data Nascimento **17/05/1976** Idade **41 A 5 M 18 D** CNS **801434321385801** CPF **162000**

Prontuário

Tipo Doc **IDENTIDADE** Documento **132093** Órgão Emissor **F** Data Emissão **SOLTEIRO(A)** Sexo **PAI** Estado Civil **MANAUS - AM** Raça/Cor **BRASILEIRA** Nacionalidade

Mãe **WALDECI MESQUITA CARVALHO** Contato **(95) 99129-8043**

Endereço **RUA - BARNABE ANTONIO DE LIMA - 1215 - ALVORADA - BOA VISTA - RR** Ocupação **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco **SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE** Plano Convênio **Nº da Carteira** Validade **Autorização** Sis Prenatal

Motivo do Atendimento **ACIDENTE DE MOTO** Caráter do Atendimento **URGÊNCIA** Profissional do Atend. **Procedência** Temp. **Peso** Pressão

Sector **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada **SAMU CAPITAL** Procedimento Sol. **Registrado por: WESLLEN.ROCHA**

Queixa Principal **Acid. de metab.** ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h) **Bruso @**

Exame Físico **Defundido, incapacidade funcional atin e passiva**

Hipótese Diagnóstica **→ Fr. apastu humeral @**

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

PRESCRIÇÃO **APRAZAMENTO** **OBSERVAÇÃO**

→ Dipirona 1g EV **13:00** **Univas**

→ Tetracicl. 900 mg EV

→ Rx. Curial / Bruso @

→ Clindamicina 600 mg / 12h

→ Gentamicina 140 mg 1x ao dia **13:45h Feito rec. física**

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

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

Assinatura do Paciente ou Responsável **R. Ruben C. Mota** Carimbo e Assinatura do Médico **RR-1836**

Impresso por: wesllen.rocha
Data Hora: 04/11/2017 12:35:23

1700860823

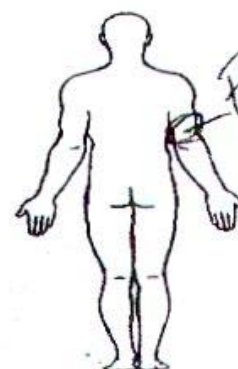
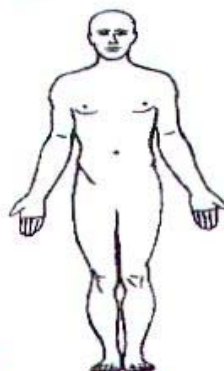
PREFEITURA BOA VISTA		FICHA DE ATENDIMENTO Nº 17792		SAMU 192													
UNIDADE:		EQUIPE: Brasil 4 Mainho															
Paciente: <u>Paula Mesquita Carvalho</u> Idade: <u>41</u> Sexo: <u>Fem</u>																	
Nacionalidade: <u>Brasileira</u> Raça: <u>Branca</u> [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia																	
Endereço: <u>Rua Gen. Claudio</u> Bairro: <u>CRUZEIRA</u>																	
Nº <u>17792</u>		DATA: <u>04/11/17</u>		HORA J/9: <u>15:37</u> BASE: <u>VIA</u> [] RÁDIO []													
Médico (e) Regulador(a) Dr(a) CRM: <u>ED: ANETE</u>		HORA J/10: <u>17:48</u>		[] CELULAR													
MOTIVO: <u>A</u> SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO																	
INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()																	
MECANISMO DE TRAUMA																	
AUTOMÓVEL [] Capotamento [] Atropelamento [] Colisão AUTO x <u> </u> [] Motorista [] Passageiro Banco dianteiro [] Passageiro Banco traseiro		AUTOMÓVEL [] Uso do cinto [] Vítila projetada [] Vítila encarcerada [] Air Bag Acionado MOTOCICLETA/ BIQUICLETA [] Queda de moto [] Com capacete [] Atropelamento [] Sem capacete [] Queda de Biquicleta [] Piloto [] Garupa		VIOLÊNCIA [] FAB [] FAF [] Espancamento [] Violência Doméstica [] Violência Sexual [] Tentativa de suicídio [] Outro: <u> </u>													
PEDESTRE [] Atropelamento [] VIA [] CALÇADA		OUTROS [] Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto [] Queda, Altura aprox.: <u> </u> [] Acidente Doméstico [] Queimadura Agente [] Afogamento [] Agressão animal [] Outros: <u> </u>															
VIAS AÉREAS [] Livre [] Obstrução Parcial [] Obstrução Total [] Corpo estranho [] Edema de Glote [] Outro: <u> </u>																	
VENTILAÇÃO [] Apnéia [] Dispnéia [] Bradpnéia [] Taquipnéia [] Roncos [] Sibilos [] Respiração paradoxal																	
CIRCULAÇÃO [] Bradicárdico [] Taquicárdico [] Arritmico [] Enchimento capilar acima de 2" [] Ausente [] Cianose central [] Cianose de extremidade																	
AVAL. NEUROLÓGICA [] AVDN [] Miose [] Midriase [] Anisocoria [] D [] E [] Aparentemente Alcoolizado [] DNV																	
SINAIS VITAIS E ESCORES																	
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR									
Início	<u>120/80 x 90</u>	<u>89</u>	<u>20</u>	<u>98%</u>													
Fim	<u>120/80 x 90</u>	<u>89</u>	<u>18</u>	<u>98%</u>													
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA																	
Pele [] Corada [] Quente [] Pálida [] Fria [] Úmida [] Seca [] Cianótica		Cabeça [] Contusão [] Escoriação [] Laceração [] Hematoma [] Afundamento [] Fer. penetrante		Face [] Contusão [] Escoriações [] Lacerações [] Ferimento ocular [] Luxação [] Mandíbula		Pescoço [] Escoriações [] Lacerações [] Hematoma [] Desvio da traquéia [] Enfisma subcutâneo		Tórax [] Escoriações [] Lacerações [] Tórax Instável [] Tamponamento [] Ferida Aspirativa [] Empalamento									
Abdome [] Escoriações [] Lacerações [] Distendido [] Em tábua [] Doloroso [] Evisceração		Peixe [] Contusão [] Escoriações [] Dor [] Instabilidade		Coluna Dorsal [] Contusão [] Hematoma [] Dor [] Escoriações		MMSS [] Contusão [] Escoriações [] Luxações [] Lacerações [] Fratura [] Amputação		MMII [] Contusão [] Escoriações [] Luxações [] Lacerações [] Fratura [] Amputação									
QUEIMADURAS																	
						CABEÇA	PESCOÇO	TÓRAX	ANTERIOR	TÓRAX POSTERIOR	OMFALGIA	MID	ME	MI	ME	TOTAL %	
AVALIAÇÃO CARDIACA [] Rítmo Sinusal [] Taquicardia [] Bradicardia [] Flutur						AFECÇÃO CLÍNICA [] Fibrilação atrial [] Fibrilação ventricular [] Assístolia [] Respiratória [] Neurológica [] Psiquiátrica [] Metabólica [] Cardiovascular [] Aborto						HISTÓRIA PEGRESSA [] Diabetes [] Cardiopatia [] HAS [] Alergias [] Outros [] Medicação de uso					
GRAVIDADE COMPROVADA [] ILESO [] PEQUENA [] MÉDIA [] SEVERA						LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA											
INCIDENTE [] Cancelamento [] Recusa de Atendimento [] Não se encontrava no local [] Recusa de hospitalização [] Trote [] Bombeiro no local:						MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS [] Polícia Militar [] Guarda Municipal [] SMTRAN [] Bombeiro [] Outros: <u> </u>											
RCP [] Iniciada as: <u> </u> [] Término as: <u> </u> [] RCP com sucesso [] RCP sem sucesso Obs.: <u> </u>						OBSERVAÇÕES <u> </u>											
DESTINO [] Atendido no local [] Trauma HGR [] Pronto Atendimento [] Coronel Mota						[] Pol. Coime e Silva - PCCS [] Hosp. Santo Antônio - HCSA [] HMNSN						[] Hosp. Das Clínicas/RR - HCR [] Hosp. Lotte Iris - HLI [] Outros					

PERTINENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____
	TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

GESTANTE	
IG p/ semana: _____	Movimentos fetais: _____
Perda de líquido: _____	BCF: _____
☐ Com cartão ☐ Sem cartão	

MATERIAL E MEDICAÇÃO
*larva, compresses, atadura
gases.*

1.	Abertura Ocular (O):	Spontânea	4 pontos
		Estímulo verbal	3 pontos
		Estímulo doloroso	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto
2.	Melhor Resposta Motora (M):	Obedece a comandos	6 pontos
		Localiza dor	5 pontos
		Flexão normal (retirada)	4 pontos
		Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
		Extensão (descerebração)	2 pontos
		Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3.	Resposta Verbal (V):	Orientado	5 pontos
		Confuso	4 pontos
		Palavras inapropriadas	3 pontos
		Sons incompreensíveis	2 pontos
		Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

*41 anos, (M) Queixa de dor - com o braço em repouso
incómodo, inicialmente, apresenta-se fratura exposta
na região do úmero distal (D) (L) 880V
preservando, realizado protocolo de trauma e
curativo com imobilização interna do
m. 192 que ocorreu no G.H. 162 sem
hemorragia contínua e S/A no transp.*



*03/08/18
Supervisão*



BOLETIM OPERATÓR

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 21/11/1984 O.S. _____

Paul Joseph C. ...

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Ex. Ex. parte superior D
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Tratamento cirúrgico de apêndice.
TIPO DE INTERVENÇÃO: Cirurgia
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: ---
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O apêndice

[illegible]

RELATÓRIO CIRURGICO

a. Ret 224. Sub plano superior.
 b. Profund + antisse para +
 radiologia de gran pos. sternal
 c. ~~Excl~~ con st. de f. de
 antisse.
 d. ~~Excl~~ con f. de cl. sub.
 e. ~~Excl~~ con radiologia. Sub o
 inter. de la imagen sub. f. de
 (8) ~~Excl~~ con antisse (Que Rf.



(Paula Musqueira)

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: *HEC*

2 - CNES: *HEC*

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: *HEC*

4 - CNES: *HEC*

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: *Paula Mariana Cavalcanti*

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: *810114131413121131815181011*

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): *17/05/76*

8 - DATA DE NASCIMENTO: *17/05/76*

9 - SEXO: *F*

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: *Waldecia Musqueira Cavallho*

11 - TELEFONE DE CONTATO: *115191121418141413*

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): *Rua Bernabé Antonio de Almeida 1215 Alvorada*

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: *Bea Vista*

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: *RIE*

15 - UF: *RIE*

16 - CEP: *RIE*

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: *Pré-eclâmpsia aguda no 2º trimestre de gestação.*

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: *TTO cirúrgico*

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): *Arterial + Ex. físico + Idg.*

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: *PE EXP. Uterino (1)*

21 - CID 10 PRINCIPAL: *21 - CID 10 SECUNDÁRIO: 22 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:*

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: *TTO cirúrgico PE EXP. Uterino*

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: *0911113*

26 - CLÍNICA: *URGENTE*

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: *URGENTE*

28 - DOCUMENTO: *() CNS () CPF*

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *0911113*

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: *Dr. Jonathan*

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *09/11/13*

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): *0911113*

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO: *36 - CNPJ DA SEGURADORA*

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: *37 - Nº DO BILHETE*

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO: *38 - SÉRIE*

39 - CNPJ EMPRESA: *40 - CNAE DA EMPRESA*

41 - CBOR: *42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA*

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

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: *44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR*

45 - DOCUMENTO: *46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR*

() CNS () CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: *48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)*

0408020393

5423

(até 16-11) V299

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				5 - N° DO PRONTUÁRIO			
6 - NOME DO PACIENTE							
7 - CARTÃO NACIONAL DE IDENTIFICAÇÃO (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				14 - CDD. RGEM. MUNICÍPIO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - UF			
				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
18 - CONDIÇÕES QUE LEVARAM À INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
21 - CID 10 PRINCIPAL							
22 - CID 10 SECUNDÁRIA							
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO							
36 - CNPJ EMPRESA							
37 - N° DO BILHETE							
38 - SÉRIE							
39 - CNAE DA EMPRESA							
40 - CROR							
41 - CROR							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - DOCUMENTO							
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							

16/11/17

0415030013

0408020393-54

0408060360-7842



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Paulo Mesquita

Data: 16.11.17

OS:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura do capô do 2º

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

fixação

TIPO DE INTERVENÇÃO:

O.S. de fixação do capô do 2º

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Paulo Mesquita

1º AUXILIAR:

Valdenor Alves

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

Paulo Thiago

ANLSTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

Dr. Valdenor Alves
CRM 1733

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) Pac - 3814 sob anest.

2) Base pos + Anter. pos

3) Acesso antec. lateral + dissecção pos ph e capô
capô pos interno

4) Redução crânio + fixação CI pos LCP CI 06
crânio + 06 pos pos bloquinhos sup. redos

5) LCP + Sutura pos ph + cut

6) A LCP

Paulo Thiago Jos
CRM 1733 RQE
Jo Jos

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE	
BOLETIM OPERATÓRIO	
BOLETIM OPERATÓRIO	
Data: 16/11/20	O.S. _____
Pautz maesjuntz	
DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fratura do osso da perna	
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Hó, cirurgia	
TIPO DE INTERVENÇÃO: Retirada de fixação e tala	
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____	
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____	
CIRURGIÃO: Patrick Rabelo	1º AUXILIAR: Ildemir Silva
2º AUXILIAR: _____	INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____	ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: Bruno Thiago	ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____	FIM: _____
DURAÇÃO: _____	
RELATÓRIO CIRÚRGICO	
① Placa e parafusos na anestesia	
② Anestesia e antissepsia	
③ Retirada da fixação e tala	
④ LMC	
⑤ Curativo	
Patrick Rabelo José Ortopedia e Traumatologia CRM/R 1383 RQE 164 Cirurgião de Juízo	

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE							
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE				4 - CNES			
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE				6 - N° DO PRONTUÁRIO			
5 - NOME DO PACIENTE							
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
10 - CÔNOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - TELEFONE DE CONTATO			
12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)				9 - SEXO			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - Cód. IBGE MUNICIPAL			
				15 - UF			
				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
pet cl fatura cobrada sob re							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
confia							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
EF + 14							
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO							
fatura cobrada							
21 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE							
31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
33 - ACIDENTE DE TRABALHO							
34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - N° DO BILHETE							
38 - SÉRIE							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR							
45 - DOCUMENTO							
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
48 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)							
49 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
GERÊNCIA DE ENFERMAGEM

LEITO: 1185

CHECKLIST DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM EM PRÉ-OPERATÓRIO

Nome: Tamara Monique Kennedy
Cirurgia: Tamara Kennedy

Data de Nascimento: 18/08/1974 Idade: 72

Sexo: () F () M

☒ Calmo ☐ Agitado ☐ Sonolento ☐ Deambulă

Histórico: () Diabetes () HAS () Marcapasso

Temp: ____ °C; FC: ____ bpm; Resp: ____ ipm; PA: ____ mmHg; Dor: ____ . Horário ____

Glicemia Capilar: _____ mg/dl. Horário _____

() Orientado jejum, às _____ horas *antes de*

() realizado preparo Qual? _____

☒ Orientado retirada de adornos (lentes, prótese dentaria, jóias, relógio, grampo, óculos, piercing, etc)

☒ Orientado retirada de peças íntimas antes de ser encaminhado ao CC

() Orientado a retirada de esmaltes quando necessário

☒ Orientado quanto a higiene corporal.

() Observar junto a prescrição médica:

- **Uso de medicações anticoagulante (V.Não)** Sim – se sim confirmar com o médico a necessidade de manter ou suspender.

- Houve solicitação de reserva de hemoderivados? () Não () Sim – se sim conferir junto a Agência Transfusional

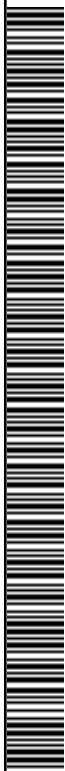
() Realizar punção venosa com jelo calibre devidamente identificado. *Waller 5* *19/12*

() Entregue bata, gorro e propés. Horário _____. Itens disponíveis no momento? () Sim () Não Qual? _____

() Encaminhado ao CC as _____ h () Cadeira de rodas () Maca/leito () Demolando

ASSINATURA/CARIMBO ENFERMEIRO

CIÊNCIA DO PACIENTE FOI RESPONSÁVEL





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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Paula Magalhães Cavallho, 41 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 4 / 11 / 14, COM
DIAGNÓSTICO DE fratura exposta do úmero.

NO DIA 16 / 11 / 14, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
osteossíntese do úmero D SENDO

OPERADO PELO DR. Patric F. F. F. F. E DR. Johnson

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 20 / 11 / 14, ÀS 9:00, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 30 / 11 / 14, ÀS 15:00, COM O
DR. Patric F. F. F. F.

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. Patric F. F. F. F.

BOA VISTA, 20 / 11 / 14

Dr. Patric F. F. F. F.
Médico
CRM-RR 1904

MEDICO





PEDIDO DE PARECER

IDADE: _____
OME: Paula Maria Gomes Carvalho
ADE: 41 REGISTRO: _____
LOCO: A ENFERMARIA: 118 LEITO: 5
TI: _____ EMERGÊNCIA: _____
DE: 25 de PARA: Cardiologia

Dados Clínicos:

Doença cardíaca

Data

CRM-RR 1908

Médico

Pré-operatório =

sem sinais cardíacos
sem sinais de insuficiência cardíaca
sem sinais de insuficiência renal
sem sinais de insuficiência hepática

sem sinais de insuficiência respiratória
sem sinais de insuficiência endócrina

Data

Médico



Acompanhamento das Feridas		Protocolo nº 1	Versão: 06	Data de Elaboração: Janeiro 2013
Comissão de Curativo - HGL		Atualizada: Janeiro / 2015		
		ENF/LEITO: 118-5		
Nome: <u>Paula mesquita carvalho</u>				
DATA: <u>07/11/17</u>	Localização / Região: <u>MS A</u>	DATA:	Localização / Região:	
☐ GRAU - I		☐ GRAU - I		
☒ GRAU - II x 4		☐ GRAU - II		
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra:	
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ Tecido necrótico	Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ Tecido necrótico	
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante	
Tipo de Exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serossanguíneo	Tipo de Exsudato:	☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo	
Dor:	☐ Sim ☒ Não	Dor:	☐ Sim ☐ Não	
Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	Odor:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor	
Condição da pele Perilesão:	☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	Condição da pele Perilesão:	☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras	
Medicamento para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	Medicamento para limpeza	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:	Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outro:	
Hora da curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde	Hora da curativo:	☐ Manhã ☐ Tarde	
Data da próxima troca:		Data da próxima troca:		
Em caso de + de 24hs	<u>Diário</u>	Em caso de + de 24hs		
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	<u>Heodina da Silva Rocha</u> 82- <u>Téc. Enfermagem</u> <u>Cesar</u> COREN-RR 551.943	Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- 02-	
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		
OBS:		OBS:		

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





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Antônio Mesquita e Silva		11805		04 / 11 / 19
43 anos		CIRURGIA		
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Fixador Externo de Limbo distal		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
		17:00	18:47	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO	Jonathan	ANESTESISTA:	Fabiano	
1º AUXILIAR	Rj Mano / Rj Pablo	RES. ANESTESIA:	Rj Kleber / Rj Marcelle	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		
		CIRCULANTE	Nádia / Samuel / Marina / Mariana	
DE ANESTESIA: bloco de HPV		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
1	PCTS COMPRESSAS C/33 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250 ml
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
1	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº
1	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº
	LUVAS P/ PROCEDIMENTO			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
1	LÂMINA BISTURI Nº 15			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
1	SERINGA 01ML			SURGICEL
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSEO
1	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº
	SERINGA 10ML			GEOFOAM
	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA
1	100 ml de solução de glicose		1	anticoagulante
1	100 ml de solução de cloreto de sódio		1	Equipe
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE		
		Rosa /		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA		
		Nádia / Samuel / Marina / Mariana		
ORTOSINTESE IND. E COM. LTDA Av. Nelson Palma Travassos, 851 - CEP 05609-000 Tel: 55(11)39484000 - FAX 55(11)39484310 Brasil - Site: www.ortosintese.com.br				
Ref.: 4747/02 Lote: S13921 Quant.: 1 pc				
FIXADOR LAY FIX C/ BARRA 30MM FIXADOR EXTERNO LAY FIX FIXADOR EXTERNO Registro ANVISA N MP ASTM F138				
102237-0095 ALUMINIO				
7/6/2018 7/6/2018				
USO Único 0434				
CE				
Europe's authorized Representative: Orelis S.A. Bd. General Wladimir 53 1303 Brás, BELGIUM Tel: +32(0) 27 22 59 54 Fax: +32(0) 27 22 60 03 e-mail: orelis@orelis.be Resp. Verificação: R.R.S. Resp. Técnico: CARLOS M. MARIANACRETA N. 6401828972				



Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGH

Protocolo nº 1

Versão: 06

Data de Elaboração:
Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO: 118-5



Nome: <u>Paula Mesquita de Carvalho</u>	
DATA: <u>09.11.12</u>	Localização / Região: <u>M.S.D.</u>
☐ GRAU - I ☒ GRAU - II	
Etiologia	☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☒ Trauma ☐ Outra: _____
Tamanho da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	☐ Tecido de granulação ☐ com escalo ☐ Tecido necrótico
Quantidade de Exsudato	☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante
Tipo de exsudato:	☒ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serosossanguíneo
Dor:	☐ Sim ☒ Não
Condição da pele Perilesional:	☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ sem odor ☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____
Solução para limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 1% ☐ Clorexidina 4% ☐ Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão)	☒ Gaze ☐ Colagenase ☐ Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ AGE ☐ Outro: _____
Hora do curativo:	☒ Manhã ☐ Tarde
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs	<u>Diário</u>
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	01- <u>Cesário Reis</u> 02- <u>Kaiane</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	
OBS:	

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





HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



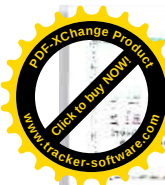
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	paula mesquita carvalho				
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de umero a direita				
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	09/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				12/18 24/6
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				12/18 24/6
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				12/18 24/6
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				
8	CURATIVO DIARIO				
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev				12/18 24/6
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				12/18 24/6
11					
12					
13					
14					
15					
16					
1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.					

EVOLUÇÃO MÉDICA:
paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratameto de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

Dr. Paulo C. Eschevarena Jr.
Médico
CRM-PR 1808

	PA	FC	TEMP			
SINAIS VITAIS		73	32,7			
6 H	150x70					
12 H	125x69	67	34,6			
18 H						
24 H	140x70	65	36,2			





Acompanhamento de Feridas		Protocolo nº 1		Versão: 06		Data de Elaboração: Fevereiro 2013	
Comissão de Curativo - HGR		Atualizada: Janeiro / 2015		ENF/LEITO: 338-5			
Nome: <u>Paula Mesquita Carvalho</u>							
DATA: <u>15/11/17</u>		Localização / Região: <u>MSD</u>		DATA:		Localização / Região:	
☐ GRAU - I				☐ GRAU - I			
☒ GRAU - II < 2				☐ GRAU - II			
Etiologia		☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____		☐ Pressão I - II - III - IV ☐ Venosa ☐ Arterial ☐ Diabética ☐ Neuropática ☐ Cirúrgica ☐ Trauma ☐ Outra: _____			
Tamanho da Ferida:		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm			
Aparência do Leito:		☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico		☐ Tecido de granulação ☐ com estacelo ☐ Tecido necrótico			
Quantidade de Exsudato		☐ seco, mínimo ☒ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante		☐ seco, mínimo ☐ úmido, pouco ☐ úmido, moderado ☐ molhado, abundante			
Tipo de exsudato:		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☒ Serossanguíneo		☐ Seroso ☐ Fibrinoso ☐ Sanguinolento ☐ Purulento ☐ Serossanguíneo			
Dor:		☒ Sim ☐ Não		☐ Sim ☐ Não			
Odor:		☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☒ Sem odor		☐ evidente na remoção da cobertura ☐ a beira do leito ☐ evidente ao entrar no quarto ☐ Sem odor			
Condição da pele Periférica:		☒ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____		☐ Normal ☐ Macerada ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Prurido ☐ Outras: _____			
Solução para limpeza		☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☒ Clorexidina 1%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 4% ☐ Clorexidina 1%			
Cobertura primária (Contato direto na lesão)		☒ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outros: _____		☐ Gaze ☐ Fibrinase ☐ AGE ☐ Colagenase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Outros: _____			
Hora do curativo:		☒ Manhã ☐ Tarde		☐ Manhã ☐ Tarde			
Data da Próxima troca: Em caso de + de 24hs		<u>Diário</u>					
Contato e ass. Téc. em Enfermagem		01- <u>Iris</u>		01- <u>Valdenor Alves Gomes</u>		02- _____	
Carimbo e Assinatura de Enfermeiro							
OBS:				OBS:			

Obr: 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
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	paula mesquita carvalho				
DIAGNÓSTICO	fratura exposta de umero a direita				
ALERGIAS	nega	HAS	nega	DM	nega
IDADE	41	LEITO	118-5	DATA	15/11/2017
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5ND
2	SF 0,9% 500 ML EV 6/6 horas				21 10 21 11
5	DIPIRONA 1G EV 8/8 HORAS				21 10 21 11
6	TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn				SN
7	SSVV+CCGG 6/6 horas				21 10 21 11
8	CURATIVO DIARIO				21 10 21 11
9	ceftriaxona 1g 12/12 ev				21 10 21 11
10	clindamicina 600 mg 6/6 horas vo				21 10 21 11
11					
12					
13					
14					
15					
16					
<u>1-SE DIABÉTICO</u> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA <u>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</u> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO .					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

paciente relata acidente de motocicleta evolui com fratura exposta de umero .paciente foi submetida a tratamento de fratura exposta com fixador externo.em seguimento ortopedico.

	PA	FC	FR	TEMP		
SINAIS VITAIS						
6 H	120x88	80	22	36.1		
12 H	120x83	81				
18 H	130x70	86				
24 H	120x90	80	21	36.0		



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Paulo Augusto Lencart
Responsável Cirúrgico: Dr. Edilson

Anestesiista: Dr. Valdenor

PACIENTE CONFIRMOU:
Identidade ☒
Sítio Cirúrgico ☒
Procedimento ☒
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

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

SALA: (Sala Pós-Operatória)

RISCO CIRÚRGICO
☒ Aplicar ☐ Não se Aplica

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
☒ Identificação do paciente
☐ Sítio cirúrgico
☐ Procedimento

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

SÍTIO DEMARCADO
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

VERIFICAÇÃO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente
☐ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

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

O PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA
☒ Não ☐ Sim, Qual:

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.

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

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml
☒ Não ☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.
☒ Não se aplica ☐ Sim, Qual: Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.
☒ Sim ☐ Não se aplica

Assinatura Hora: 18:30

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



CENTRO CIRÚRGICO SF

NAME: Paul Mesquita Carvalho Adams

[illegible]

Sgt A J LUT



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Marta Inocência Cordeiro Reis			118 / 05	16 / 11 / 1
CIRURGIA				
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO		
Osteossíntese de úmero distal "D"		INICIO	PARA	TEMPO TOTAL
		20:50	21:45	
EQUIPE MÉDICA				
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Dr. Brury
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		Dr. Daniel L. Gomes
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		Vanke
		CIRCULANTE		Christiane + Helma + Jore
TIPO DE ANESTESIA: P.P.E.C		TEMPO DE DURAÇÃO:		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS
	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☐	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 250ml
	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO
	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICRYL Nº 2.0
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº
	LÂMINA BISTURI Nº 20			FIO CATGUT SIMPLES Nº
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT CRÔMADO Nº
	DRENO DE TORAX Nº			FIO PROLENE Nº
	DRENO DE PEI-ROSE Nº			FIO SEDA Nº
	SERINGA 01ML			SURGICEL
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº
	SERINGA 10ML			GIROAM Equipamento
	SERINGA 20ML			KIT CARDIACA
7	Setido 17-18			OUTROS: eletrocardiograma
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CIEFI		
FUNÇÃO/CÁLCULOS		CIRCULANTE DE SALA		
		MATERIAL MEDICAMENTOS		
		SUB TOTAL		
		TAXA DE SALA		
		TAXA DE ANESTESIA		
		SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Assistência Patrimonial dos Brasileiros"

Ortopedia/Eleiva
Paula Mesquita Carvalho
16/11/17

FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO	
AGENTES	30h 21h 22h 23h 24h 25h 26h 27h 28h 29h 30h 31h 32h 33h 34h 35h 36h 37h 38h 39h 40h
LÍQUIDOS VENOSOS	A 100ml 200ml 300ml 400ml 500ml
DA	240
X	230
ULSO	200
B	180
ANES	160
S	140
OP	120
O	100
ASPIR	80
A	60
RESP	40
O	20
Expirat	2000 2500 3000 3500 4000 4500 5000 5500 6000 6500 7000 7500 8000 8500 9000 9500 10000
Aspirat	
Contm	X(10)

SÍMBOLOS	
A - Bloqueio de nervo	DOSES
B - Bloqueio de nervo	25mg
C - Bloqueio de nervo	100mg
D - Bloqueio de nervo	60mg
E - Difenidramina	40mg
F - Dipirone	2g
G - Dexametasona	4mg
H - Tramadol	100mg
I - Níquel	
J - Soro	
K - Soro	
L - Soro	
M - Soro	
N - Soro	
O - Soro	
P - Soro	
Q - Soro	
R - Soro	
S - Soro	
T - Soro	
U - Soro	
V - Soro	
W - Soro	
X - Soro	
Y - Soro	
Z - Soro	

ANEXIÇÕES	
X - Soro	
Y - Soro	
Z - Soro	
AA - Soro	
AB - Soro	
AC - Soro	
AD - Soro	
AE - Soro	
AF - Soro	
AG - Soro	
AH - Soro	
AI - Soro	
AJ - Soro	
AK - Soro	
AL - Soro	
AM - Soro	
AN - Soro	
AO - Soro	
AP - Soro	
AQ - Soro	
AR - Soro	
AS - Soro	
AT - Soro	
AU - Soro	
AV - Soro	
AW - Soro	
AX - Soro	
AY - Soro	
AZ - Soro	

TOTAL	
5000 7500 10000	01:30 h

OBSERVAÇÃO	
Osteomielite Cotovelo (D)	

ASSINATURA	
Dr. Bruno	Dr. Paulo
Dr. Lourenço (R3)	Dr. Pedro (R3)

Dr. Thiago O. C. Pinto
MÉDICO
CRM/RN 7444



136610-HCM

NOME	PAULA MESQUITA CARVALHO	17/05/1976
LOC. DE NASC.	MANAUS - AM	BRASIL
FILIAÇÃO	WALDECI MESQUITA CARVALHO	
DOC. APRESENTADO	R.G. 132093 SESP RR	
ESTADO CIVIL	SOLTEIRO	
LEI 119-048 DE 18 DE MAIO DE 1995		CPF 591.157.852-20
RG	132093	
LOCAL DA EMISSÃO	DRT/RR	
EMISSÃO	23/05/2007	
ASSINATURA DO EMISSOR		

BRASILEIRO
QUALIFICAÇÃO CIVIL