



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040015/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 13/11/2019 12:10 Data/Hora Fim: 13/11/2019 12:33
Delegado de Polícia: Clayton Alexandre Ellwanger

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: 1º Distrito Policial

Data/Hora do Fato: 07/04/2019 11:00

Local do Fato

Município: Bonfim (RR)

Bairro: AREA RURAL

Logradouro: RR 206, KM 42

Tipo do Local: Área Rural

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA (COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira

Naturalidade: AM - Manaus

Sexo: Masculino

Nasc: 14/12/1977

Profissão: Empresário

Escolaridade: Ensino Médio Completo

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria de Fatima Barbosa da Costa

Nome do Pai: Jose Rodrigues da Costa

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 446.951.522-15

RG - Carteira de Identidade: 132939

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: rua casemiro de abreu

Nº: 97

Bairro: canarinho

Telefone: (95) 99162-1515 (Celular)

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição I/HONDA CBR 1000 RR	CPF/CNPJ do Proprietário 498.882.853-00
Placa JXU0533	Renavam 00964256053
Número do Motor SC57E2326615	Número do Chassi JH2SC57907M301671
Ano/Modelo Fabricação 2007/2007	Cor VERMELHA
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo I/HONDA CBR 1000 RR	Modelo I/HONDA CBR 1000 RR
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade
Situação Envolvido	Última Atualização Denatran 20/11/2015
Situação do Veículo NADA CONSTA	

Nome Envolvido	Envolvimentos
----------------	---------------



Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger
Impresso por: Ronaldo Oliveira da Silva
Data de Impressão: 13/11/2019 12:33
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Delegado de Polícia Civil: Clayton Alexandre Ellwanger

Impresso por: Ronaldo Oliveira da Silva

Data de Impressão: 13/11/2019 12:33

Protocolo nº: Não disponível

Sinesp

Página 2 de 2

Ppe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima apresentadas 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."

Ronaldo Oliveira da Silva

Matrícula 42000812

Responsável pelo Atendimento

Andersson Barbosa da Costa

(Comunicante)

ASSINATURAS

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante compareceu a este distrito policial para informar que no dia acima citado estava conduzindo a MOTOCICLETA I/HONDA CBR 1000 RR, Placa JXU0533, Chassi JH2SC57907M301671, VERMELHA, na RR 206 sentido vila São Francisco-RR/ Boa Vista-RR, que não conseguiu fazer a curva na estrada e colidiu com um barranco, que o comunicante apagou, que segundo testemunhas o comunicante foi socorrido pelo SAMU e levando para o HGR, que o motocicleta ficou parcialmente destruída, era o que tinha a relatar.

Nome Envolvido

Andersson Barbosa da Costa

Possuidor

Envolvidos

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

1º DISTRITO POLICIAL - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 040015/2019

07/04/2019

... Guia de Atendimento 17 ...

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul

FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		DIURNO 07-19		21	
Paciente	1901094379	07/04/2019 11:43:35	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
ANDERFESON BARBOSA DA COSTA			14/12/1977	41 A 3 M 24 D		44695152215	00010074
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade
IDENTIDADE	132939			M		PARDA	BRASIL
Mãe	MARIA DE FATIMA DA COSTA			Pai	JOSE RODRIGUES DA COSTA		
Endereço	- RUA JOSE ALEIXO - 3088 - - -			Contato	Ocupação		
					NÃO INFORMADA		
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA						
Sector	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	DEMANDA ESPONTANEA		ROSIVAN.BARROS				
Queixa Principal	☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC			TOTAL			
	AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA)	14:43h						
Exame Físico	última dor abdominal no quadrante inferior direito						
Hipótese Diagnóstica	exposta da virilha @ Sugestão de lesão com afe.						
SADT - Exames Complementares	TC com plano pncu bilateral						
☐ RAO-X	☐ ULTRA-SON	☐ TC	☐ SANGUE	☐ URINA	☐ ECOG	OUTROS:	
PRESCRIÇÃO				APAZAMENTO			
1) Gentamicina 240 mg				PR: 138 x 10 ⁹			
2) Clorazepato 10 mg				FC: 142			
3) Difenidramina 25 mg				FR: 52			
4) SVD				SB: 94%			
13h parado SVD nº 18				Loren 148405			
U de urina (+)							
Conduta	☐ Alta por Decisão Médica			☐ Ambulatório			
	☐ Alta a Pedido			☐ Observação			
	☐ Alta a Revelia			☐ Internação			
	☐ Transferência para:			Data e Hora da Saída			
óbito	Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não			Destino: ☐ Família ☐ MML Anatomia Patológica			
Assinatura do Paciente ou Responsável	Assinatura do Médico			Assinatura do Médico			
	Dr. Oswaldo Henrique			Dr. Oswaldo Henrique			
	Médico			Médico			
	CRM-RR 1808			CRM-RR 1808			
Impresso por: rosivan.barros	Data Hora: 07/04/2019 11:44:11			Data Hora: 07/04/2019 11:44:11			

alto 18.04.19

FUS

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

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

8 - DATA DE NASCIMENTO

6 - N° DO PRONTUÁRIO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

16 - CEP

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

Ref. trat. esp. de todos e
uma diaf. segmentar + For. MTC.

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS DE INTERNAÇÃO

7 to crony.

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

Ex + Rx

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

trat. radio + tra + Metastases

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE E 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

35 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - N° DO BILHETE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

() EMPREGADOR

() AUTÔNOMO

() DESEMPREGADO

() APOSENTADO

() NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ORGÃO EMISSOR

45 - DOCUMENTO

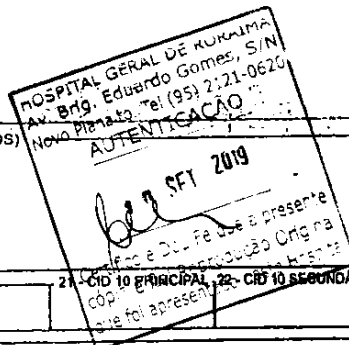
46 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

() CNS

() CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

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



Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-PR 1786 TEOT 14272

0408070423 → 5524
0408070407 → 5524
0408070407 → 5524

FICHA DE REGISTRO DE HEMOCOMPONENTE DO GRANDE TRAUMA

NOME: Anderferson Barbosa da Costa

DATA DE NASCIMENTO: 14/12/77

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE	
DATA: <u>09/04/19</u>	
Nº BOLSA: <u>014190308061</u>	VOLUME: <u>276ml</u>
BOLSA: ABO: <u>A</u> FATOR Rh: <u>+</u>	
PACIENTE: ABO: <u>A</u> FATOR Rh: <u>+</u>	
SINAIS VITAIS:	
INICIO: <u>03:20</u> h. T: <u>34.2</u> PA: <u>130/68</u> P: <u>107</u> FR <u>27</u>	
MEIO (15MIN): <u>03:40</u> h. T: <u>34.5</u> PA: <u>109/75</u> P: <u>96</u> FR <u>21</u>	
FIM: <u>05:30</u> h. T: <u>34.8</u> PA: <u>179/77</u> P: <u>99</u> FR <u>25</u>	
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u>Elizangela</u>	COREN: <u>144.184</u>
ENFERMEIRO (A): <u>Elizangela Martins Pros</u>	COREN: <u>144.184</u>

Visão pela
Hemovigilância

Elizangela Martins Pros
Téc. de Enfermagem
COREN - RP 144.184

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE	
DATA: <u>09/04/19</u>	
Nº BOLSA: <u>014190308058</u>	VOLUME: <u>339ml</u>
BOLSA: ABO: <u>A</u> FATOR Rh: <u>+</u>	
PACIENTE: ABO: <u>A</u> FATOR Rh: <u>+</u>	
SINAIS VITAIS:	
INICIO: <u>05:40</u> h. T: <u>34.5</u> PA: <u>168/86</u> P: <u>99</u> FR <u>19</u>	
MEIO (15MIN): <u>06:00</u> h. T: <u>34.3</u> PA: <u>168/79</u> P: <u>95</u> FR <u>17</u>	
FIM: <u>08:15</u> h. T: <u>35.7</u> PA: <u>184/80</u> P: <u>90</u> FR <u>18</u>	
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u>Frankinete</u>	COREN: <u>751.379</u>
ENFERMEIRO (A): <u>Frankinete Damasceno César</u>	COREN: <u>751.379</u>

06:55 hrs.
Elizangela Martins Pros
Téc. de Enfermagem
COREN - RP 144.184

Frankinete Damasceno César
Técnica em Enfermagem
COREN - RP 751.379

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE	
DATA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Nº BOLSA: <u> </u>	VOLUME: <u> </u>
BOLSA: ABO: <u> </u> FATOR Rh: <u> </u>	
PACIENTE: ABO: <u> </u> FATOR Rh: <u> </u>	
SINAIS VITAIS:	
INICIO: <u> </u> h. T: <u> </u> PA: <u> </u> P: <u> </u> FR <u> </u>	
MEIO (15MIN): <u> </u> h. T: <u> </u> PA: <u> </u> P: <u> </u> FR <u> </u>	
FIM: <u> </u> h. T: <u> </u> PA: <u> </u> P: <u> </u> FR <u> </u>	
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u> </u>	COREN: <u> </u>
ENFERMEIRO (A): <u> </u>	COREN: <u> </u>

TRANSFUSÃO DE HEMOCOMPONENTE	
DATA: <u> </u> / <u> </u> / <u> </u>	
Nº BOLSA: <u> </u>	VOLUME: <u> </u>
BOLSA: ABO: <u> </u> FATOR Rh: <u> </u>	
PACIENTE: ABO: <u> </u> FATOR Rh: <u> </u>	
SINAIS VITAIS:	
INICIO: <u> </u> h. T: <u> </u> PA: <u> </u> P: <u> </u> FR <u> </u>	
MEIO (15MIN): <u> </u> h. T: <u> </u> PA: <u> </u> P: <u> </u> FR <u> </u>	
FIM: <u> </u> h. T: <u> </u> PA: <u> </u> P: <u> </u> FR <u> </u>	
PROFIS. DE ENFERM. QUE REGISTROU: <u> </u>	COREN: <u> </u>
ENFERMEIRO (A): <u> </u>	COREN: <u> </u>

OBS: ESTA FICHA DEVE FICAR ANEXADA COM A FICHA ANESTÉSICA.



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNIDADE / SETOR

NOME DO PACIENTE

AGENTE
Mr. Jefferson

PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS

DATA / HORA

PRESCRIÇÃO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DATA	HORÁRIO	OBSERVAÇÃO
01/12/2011	08:00	

HORÁRIO

OBSERVAÇÃO:

1. Definieren

20

①	NP	1500	24h
②	NP	1500	24h

Carolina de FV

⑤ ~~Exercising~~ 260-y 1990

① ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

Tilak, 27/2/2019

19. 20. 21. 22. 23. 24. 25. 26. 27. 28. 29. 30. 31. 32. 33. 34. 35. 36. 37. 38. 39. 40. 41. 42. 43. 44. 45. 46. 47. 48. 49. 50. 51. 52. 53. 54. 55. 56. 57. 58. 59. 60. 61. 62. 63. 64. 65. 66. 67. 68. 69. 70. 71. 72. 73. 74. 75. 76. 77. 78. 79. 80. 81. 82. 83. 84. 85. 86. 87. 88. 89. 90. 91. 92. 93. 94. 95. 96. 97. 98. 99. 100.

19) Divina oral (iv) 966

① Day or - ② ③ ④ ⑤ ⑥ ⑦ ⑧ ⑨ ⑩ ⑪ ⑫ ⑬ ⑭ ⑮ ⑯ ⑰ ⑱ ⑲ ⑳ ㉑ ㉒ ㉓ ㉔ ㉕ ㉖ ㉗ ㉘ ㉙ ㉚ ㉛ ㉜ ㉝ ㉞ ㉟ ㊱ ㊲ ㊳ ㊴ ㊵ ㊶ ㊷ ㊸ ㊹ ㊺ ㊻ ㊼ ㊽ ㊾ ㊿

② Curvature held

CC66 + 588W 6/5/93

matthias c.
Johann
Trautwein
14272

~~Dr. J. S. ...
Ortopedia e ...
Cirurgia do ...
1753 TEON~~

③ Divorce 29 BV 4/4/44

$$\text{MgCO}_3 + \text{HNO}_3 \rightarrow \text{Mg(NO}_3)_2 + \text{H}_2\text{O} \quad (\text{Mg})$$

246.00 (9) 10000 / 61000 (5)

CH₂ liquid. (6) 63:37

(77) O_2 SCN 30 /mon

KELLY DUARTE
CRIM/RR 3709

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

Validação deste em <https://projudi.tirr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ5UL HSACC X2CH8 KXWMA



ESTADO DE RORAIMA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGI BANCOS E BANCAS

ANTES DA INCISÃO

Anesthesiologist: Dr. Chirayana / R. Burns / R. Conley

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

NAME Underlyen Bullock
 ADDRESS 1000 10th St. N. Minneapolis
 TELEPHONE 2-1000
 MAILING ADDRESS 1000 10th St. N. Minneapolis
 SIGNATURE Underlyen Bullock

INTRADEX (S-40 Pro Anesthetics)
PATIENTE-ION FILMOL

- ☒ Mentirle
- ☒ Sfidio Cirurgico
- ☒ Provocati negli

Consentimento () Sim () Não
Assinatura _____
Assento CRL 6060

1 - Apply to the se Apply
Erasmus
 5110 DEM. R. A. 100

~~X~~ 0101 () 1436 () Não se Aplicar
~~X~~ VENTILADOR DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCEJUE:

4. OXIMETRIA DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

02 PACIENTE POSSUI:
ENERGIA CONECTADA
 7 Não () Sim, Quant:

614 ABRETA, ZEFERIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

USCO DE LA RA SANGÜINEA > 500 ml

2. JNÃO
3. Sim, e ac: esse arduo e adequado e planejamento
4. fluidos

Carlos Alberto Jr.
Residente Anestesiología

CPMA #R-2080

Date: 7/14/19

Hoia;

PAUSA CIRURGICA
(Sala Operatoria)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA
EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E
FUNÇÃO: (✓) Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

(Identificação do
(Vítima cirúrgico
(Procedimento

EVENTOS CRITICOS PREVENTIVOS:

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

11. Há alguma preocupação específica em relação ao paciente?

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM

outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado do indicador). Haverá testes relacionados a equipamentos ou quaisquer questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer

PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI
~~praticada~~ não dispomos de indicadores
~~para~~ biológicos e indicadores físicos

() Não se aplica

Qual: Gentamicina Hora: 17:00
clindamicina

() Não se aplica

SAIDA
(Sala Pos Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

2- SEAS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS

(✓) Sim () Não () Não se Aplicam

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA

☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica

PARA SER RESOLVIDO

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

WFO

Assinatura e Carimbo

Clara
completa
SESAU



NOME: *Inclusiem Pereira da Costa*

**SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
CENTRO CIRÚRGICO/SRA**

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

TRANSOPERATÓRIO

SRA

Data: *04/04/19*

Reg. *41*

Idade: *41*

Quemida: *16:40*

Emergência: *() U.T. 1*

Intubação: *() U.T. 2*

Outros: *() Outros*

Cirurgia Proposta: *AB*

folha 4 e 5

União 6

1. Intorções:

(X) Jejum / Pré-anestésico

() Jólus / Intracath

() Baño / Sangue

(X) Alegria / Cardiopata

(X) Exames / Alérgico

(X) Outros: *TC + EX*

2. Estado Emocional/ Mental

() Chagoso () Sonolento

() Agitado

(X) Outros: *-*

3. Sinais Vitais:

T: *36,5* °C P: *72* bpm

RC: *45* mmHg

SAT: *95* % R: *16* rpm

() Regular (X) Irregular

Entrada na Sala Cirúrgica

Início da Anestesia

Término Cirúrgico

Saída S.O.

17:35

17:35

17:35

19:55

20:00

Cirurgia Realizada

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Exatidão

Cirurgia

Reutilizada

Anestesia

Localização

1h

1h

1h

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1h30

1. Sonda

2. Curativo

3. Dreno

4. Acesso

5. Outros

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

Entradas

CH

SNG

Dreno

Durese

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

100 mmHg

Sinais Vitais

T

P

PA

SPO2

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

1h

Destino: () SRA () UTI () Out

Instrumento elaborado pelos () SRA () SRA

S da COOP NURE - AM/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

Alm/ 2005 e adaptado pelos Eni

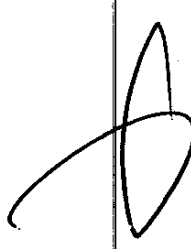
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SERVIÇO INTEGRADO DE CIRURGIA
Descrição de Procedimento

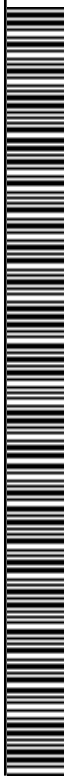
Nome: Anderferson Barbosa da Costa

Data: 07/04/19

Profissionais: Dr Fernando Junges.

- 1-Paciente em DDH + assepsia + antissepsia+ campos estéreis.
- 2-Anestesia Local em 5º espaço intercostal em Hemitórax Esquerdo superficial e profunda.
- 3-Incisão respeitando o sentido das costelas em 5º espaço intercostal.
- 4-Divulsão com Kelly Curva sobre a borda superior da costela inferior com divulsão até a cavidade torácica, mais dissecação romba com avaliação digital com saída de ar sob pressão.
- 5-Passagem de tubo nº 36, em sentido póstero-superior.
- 6- Conexão do tubo ao sistema fechado em selo d'água com borbulhamento
- 7-Fixação do tubo à pele com nylon "2-0" em ponto em U
- 8- Dreno funcionante e oscilante
- 9- Raio-X de Tórax de controle.


Dr. Luiz Fernando Junges
Cirurgia Geral
RQE: 759 / CRM-RR 1583



| | | |
|---|---|---|
| RECEBEMOS DE PRO SAUDE RORAIMA COM. ATAC. DE PROD. ODONTOL. LTDA OS PRODUTOS/SERVIÇOS CONSTANTES NA NOTA FISCAL ELETRÔNICA INDICADA AO LADO - DESTINATÁRIO: FUNDO EST DE SAUDE DE RR FUNDES - RUA MADRI, 0 - AEROPORTO - BOA VISTA - RR - EMISSÃO: 30-05-2019 - VALOR TOTAL: R\$ 316,00 | | NF-e
Nº: 6139
Série: 1 |
| DATA DE RECEBIMENTO | IDENTIFICAÇÃO E ASSINATURA DO RECEBEDOR | |

| | | |
|---|--|---|
| PRO SAUDE RORAIMA COM. ATAC. DE PROD. ODONTOL. LTDA
AV VILLE ROY, 5555
CENTRO
Boa Vista
RR (05) 3224-4298 69.301-000 | DANFE
Documento auxiliar da Nota Fiscal Eletrônica
Saída: 1
Entrada: 0
FL 1 / 1
Nº: 6139
Série: 1 | 
CHAVE DE ACESSO
1419 0527 2963 6000 0139 5500 1000 0061 3910 6243 6380
Consulta de autenticidade no portal nacional da NF-e
www.nfe.fazenda.gov.br ou no site da Sefaz Autorizadora |
|---|--|---|

| | |
|---|--|
| NATUREZA DA OPERAÇÃO
VENDA DE MERCADORIA DENTRO DO ESTADO | PROTOCOLO DE AUTORIZAÇÃO DE USO
314190001344945 30/05/2019 13:45:50 |
| INSCRIÇÃO ESTADUAL
240320424 | INSCRIÇÃO ESTADUAL SUB. TRIBUTÁRIA
CNPJ
27.296.360/0001-39 |

| | | | |
|--|-----------------|--------------------|-----------------------|
| DESTINATÁRIO/REMETENTE | | CNPJ/CPF | DATA DA EMISSÃO |
| NOME/RAZÃO SOCIAL
FUNDO EST DE SAUDE I E RR FUNDES | | 05.370.016/0001-00 | 30-05-2019 |
| ENDEREÇO | BAIRRO/DISTRITO | CEP | DATA DA ENTRADA/SAÍDA |
| Rua Madri, 0 | Aeroporto | 69.310-043 | 30-05-2019 |
| MUNICÍPIO | UF | INDICADOR IE | HORA DA ENTRADA/SAÍDA |
| BOA VISTA | RR | 9-Não Contribuinte | 13:45:27 |

| | | | |
|----------------|----------------|-------------------|---------------|
| FATURA | VALOR ORIGINAL | VALOR DO DESCONTO | VALOR LÍQUIDO |
| NÚMERO
6139 | 316,00 | 0,00 | 316,00 |

| Número | Vencimento | Valor | Número | Vencimento | Valor | Número | Vencimento | Valor | Número | Vencimento | Valor |
|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|--------|------------|-------|
| 001 | 28-06-2019 | 16,00 | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- | ----- |

| | | | | | |
|---------------------------|------|-----------------|--------------------------|-------------------------|--------------------------|
| CÁLCULO DO IMPOSTO | | VALOR DO ICMS | BASE DE CÁLC. DE ICMS ST | VALOR DO ICMS ST | VALOR TOTAL DOS PRODUTOS |
| BASE DE CÁLCULO DE ICMS | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 316,00 |
| VALOR DO FRETE | 0,00 | VALOR DO SEGURO | 0,00 | DESCONTO | 0,00 |
| | | | | OUTRAS DESP. ACESSÓRIAS | 0,00 |
| | | | | VALOR DO IPI | 0,00 |
| | | | | VALOR TOTAL DA NOTA | 316,00 |

| | | | | | | |
|---|---------|-----------------|-------------|---------------|--------------|--------------------|
| TRANSPORTADOR/VOLUME E TRANSPORTADOS | | FRETE POR CONTA | CÓDIGO ANTT | PLACA VEÍCULO | UF | CNPJ/CPF |
| RAZÃO SOCIAL | | 1 - Dest/Rem | | | | |
| ENDEREÇO | | MUNICÍPIO | | | UF | INSCRIÇÃO ESTADUAL |
| QUANTIDADE | ESPECIE | MARCA | NUMERAÇÃO | PESO BRUTO | PESO LÍQUIDO | |
| 2 | | | | | | |

| CÓD. PROD. | DESCRIÇÃO DO PRODUTO/SERVIÇO | NCM/SH | CSOSN | CFOP | UNID. | QTD. | VL.R.UNIT. | VL.R.TOTAL | BC.ICMS | VL.R.ICMS | VL.R.IPI | ALÍQUOTAS ICMS | IPI |
|------------|----------------------------------|----------|-------|------|-------|--------|------------|------------|---------|-----------|----------|----------------|------|
| 004064 | PLACA A/C PEQUENA 8 FUROS 190067 | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 1,0000 | 158,0000 | 158,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |
| 004065 | PLACA A/C PEQUENA 7 FUROS 190197 | 90211020 | 0102 | 5102 | UN | 1,0000 | 158,0000 | 158,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 | 0,00 |

| | |
|--|--------------------|
| DADOS ADICIONAIS
INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES
Venda gerada a partir de Orçamento n 0000003727.PROC 020501.001698/19-20, LT 4, SAÍDA DE SALA N. 000011, PACT ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA, DT CIRURGIA 07/04/19, MEDICO JONATHAS C. LOPES. - - DOCUMENTO EMITIDO POR ME OU EPP OPTANTE PELO SIMPLES NACIONAL. NÃO GERA DIREITO A CRÉDITO FISCAL DE IPI. - - Você pagou aproximadamente : R\$13,28 de tributos federais R\$53,72 de tributos estaduais Fonte : IBPT | RESERVADO AO FISCO |
|--|--------------------|



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 07, 04, 1a

O.S. _____

Andersson B. Costa

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fract de rádio e ulna distal, coposta

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: + Fract de rádio e ulna distal + 775

TIPO DE INTERVENÇÃO: Fract MTC.

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: Osteossintese + KMC

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Jonathan

1º AUXILIAR: _____

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: _____

ANESTESISTAS: Bire

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Pele em vista sob anestesia
- 2) Antissepsia + Assepsia
- 3) Incisão Abou Thompson + Dissecção p/ planos
- 4) KMC cl 8F osteo expansiva
- 5) Redução do foco + fixação cl placa dep + parafusos
- 6) Incisão sobre a ulna + Dissecção p/ planos
- 7) Redução e fixação cl placa dep + parafusos
- 8) Instalação de fixador de alça em rádio distal após KMC expansiva, visualizado sendo de massa óssea abundante.
- 9) Sutura p/ planos (10) Curativo

Dr. Jonathan C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR 1750 (DE 14/03)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

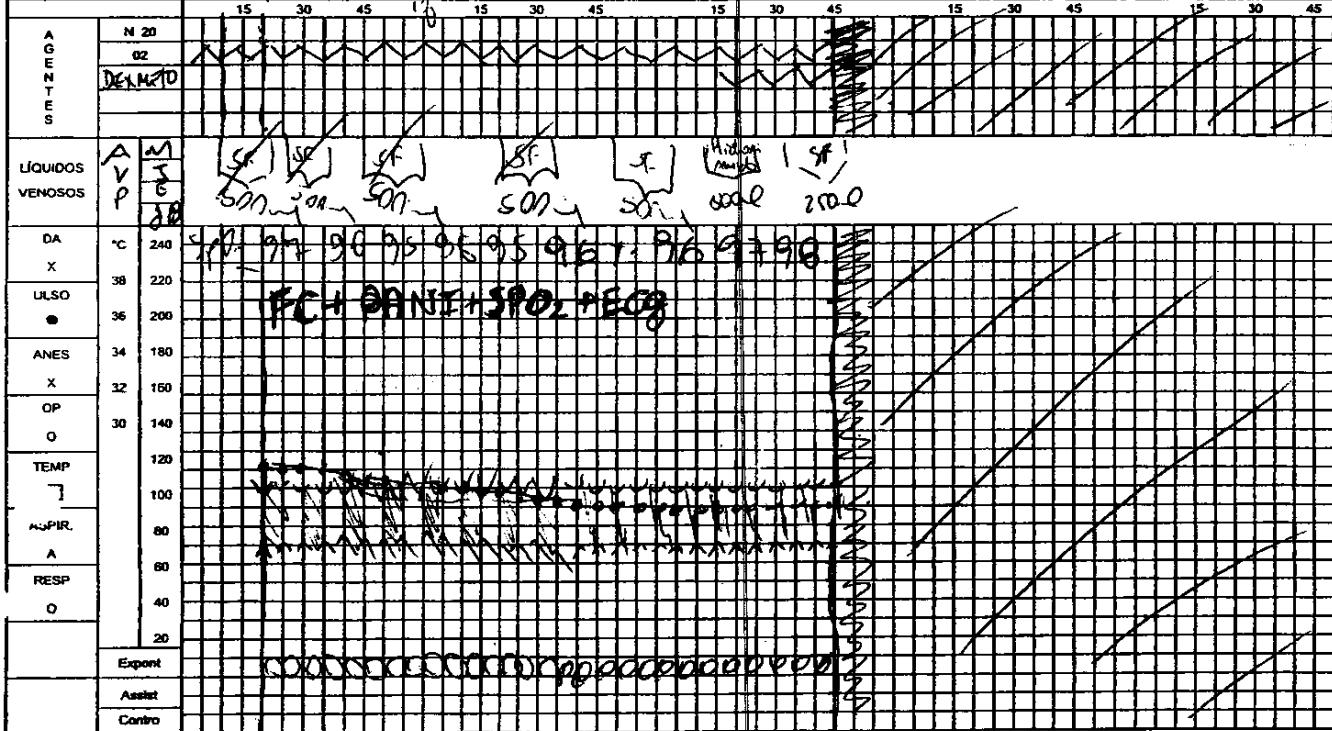
Anderson Barbosa da Costa

7/04/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

- fentanil 100mcg
- Dexmedetomidina 1ug
- Midazolam 10mg

Nº



SÍMBOLOS 3 x

| AGENTES | DOSES | TÉCNICA | ANOTAÇÕES |
|--------------------------|----------|------------------------------|---|
| A. Gentamicina 80mg IV | | Bloqueio de Alto Barreira | 1. Check List Anest. OK. |
| B. Clindamicina 600mg IV | | Guia do Pulso | MONITOR, PACIENTE, DROGAS, EQUIPAMENTOS |
| C. | | VIA SUPRA CLAVICULAR | 2. O2 2 4. R100 |
| D. | | VIA INTERSCLERIAL | 3. Bloqueio de Alto Barreira |
| E. | | VIA AXILAR | - SUPRA CLAVICULAR |
| F. | | Ventilação espontânea | ROPIVACAÍNA 10mg |
| G. | | C O2 suplementar | BUPIVACAÍNA 25mg IV |
| GLICOSE | LÍQUIDOS | Cânula - Naso / Oro Faríngea | - INTERSCLERIAL |
| SANGUE | | Naso / Orotraqueal - Cega | ROPIVACAÍNA 5mg |
| | | Bal - Tamp - Calibre do Tubo | BUPIVACAÍNA 12,5mg IV |
| | | Sob Máscara | - AXILAR |
| | | Dificuldade Técnica | ROPIVACAÍNA 5mg |
| | | TEMPO DE ANESTESIA | BUPIVACAÍNA 12,5mg IV |
| OPERAÇÃO | | | 4. Clindamicina 600mg IV |
| | | | 5. Gentamicina 240mg IV |
| | | | 6. Tenotom 40mg IV |
| | | | 7. Dexmedetomidina 80mcg IV |
| | | | 8. Encômulo a SRAS/6T |

ANESTESIA CÓDIGO CIRURGIÃO PERDA SANGÜÍNEA

1. V. R. 100mg
2. 100mg
3. 100mg
4. Clindamicina 600mg IV
5. Gentamicina 240mg IV
6. Tenotom 40mg IV
7. Dexmedetomidina 80mcg IV
8. Encômulo a SRAS/6T



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| | | | | | |
|---|---|--|---------------------------------------|---|-------|
| NOME DO PACIENTE <u>41</u>
<u>Anderson Barbosa da Costa</u> | | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA
<u>07/04/2019</u> | |
| CIRURGIA | | | | | |
| TIPO
<u>Osteossíntese de Rádio e Umero</u> | | TEMPO DE DURAÇÃO | | | |
| | | INICIO
<u>17:35</u> | FIM
<u>18:40</u> | TEMPO TOTAL
<u>1:05</u> | |
| CIRURGIÃO
<u>Dr. Jonathan</u> | | EQUIPE MÉDICA | | | |
| 1º AUXILIAR | | ANESTESISTA: <u>Dr. Ubirajara</u> | | | |
| | | RES. ANESTESIA: <u>Dr. R. Bruno</u> | | | |
| 2º AUXILIAR | | INSTRUMENTADOR: <u>Res. Carlos</u> | | | |
| | | CIRCULANTE: <u>Luciana e Edisvalva</u> | | | |
| TIPO DE ANESTESIA: <u>BPB</u> | | TEMPO DE DURAÇÃO: | | | |
| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT. | MEDICAMENTOS | VALOR |
| ☒ | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. | | ☒ | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO, 9%. | |
| ☒ | PACOTES GAZE | | ☒ | <u>500 ml</u>
FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | |
| | LUVA ESTÉRIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO GLICOSADO | |
| ☐ | LUVA ESTÉRIL 7.5 | | | FIO VICRYL Nº | |
| ☐ | LUVA ESTÉRIL 8.0 | | ☐ | FIO MONONYLON Nº <u>2.0</u> | |
| | LUVA ESTÉRIL 8.5 | | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº | |
| ☒ | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS <u>Pa. m. l.</u> | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | |
| ☐ | LÂMINA BISTURI Nº <u>21</u> | | | FIO CATGUT SIMPLES Nº | |
| | DRENO DE SUÇÃO Nº | | | FIO CATGUT CROMADO Nº | |
| | DRENO DE TORAX Nº | | | FIO PROLENE Nº | |
| | DRENO DE PENROSE Nº | | | FIO SEDA Nº | |
| | SERINGA 01ML | | | SURGICEL | |
| | SERINGA 03ML | | ☒ | <u>CERA P/ OSO</u> <u>Bucos</u> <u>(mascara)</u> | |
| ☐ | SERINGA 05 ML | | ☒ | <u>240 ml</u>
<u>180 ml</u>
<u>100 ml</u>
<u>70 ml</u> | |
| ☐ | SERINGA 10ML | | | <u>KH CATARATA Nº</u> <u>Chlor</u> <u>Alcoolica</u> | |
| ☐ | SERINGA 20ML | | | <u>GEFOAM</u> <u>Alcool 70%</u> | |
| ☐ | <u>Terminante de 3 guas 16 guis.</u> | | | <u>FITA CARDIACA</u> <u>Cateter 16</u> | |
| | | | | OUTROS: <u>Elateros</u> | |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS | | | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE | | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A) | ENFERMEIRA CHEFE | MATERIAL MEDICAMENTOS | | | |
| | <u>Jacqueline</u> | SUB- TOTAL | | | |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS | CIRCULANTE DE SALA | TAXA DE SALA | | | |
| | | TAXA DE ANESTESIA | | | |
| | | SOMA | | | |
| | | | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE | | |

GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia

Tipo Cirurgia:

Osteossintese de Rádio e Ulnário RT

Data: 07/04/2019

Nº. DO PRONTUÁRIO:

Paciente: Anderson Bombosa da Costa Idade 41

Bloco: GT Enfermaria - Leito: -

Caixa: Nº

Circulante: Elisavie e Luana Sala 04

Conferência Expurgo CME:

Material Utilizado:

- 01 - Placa 7 Furos
- 02 - Parafusos 2x16
- 01 - Parafuso 2x16
- 02 - Parafuso 18
- 02 - Parafuso 20
- 01 - Placa 08 Furos
- 0

Parafuso 22 1

Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

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

PRESCRIÇÃO MEDICAMENTOSA

| UNIDADE/SETOR: | HRSB - GT/PSFE | ÁREA: | Amarela | DN: 14/12/1977 | LEITO: |
|--|--|-------|---------|----------------|--------|
| NOME DO PACIENTE: Andeferson Barbosa Costa | | | | | |
| HD: Politrauma + Fratura Úmero E + Hemotórax | | | | | |
| PRESCRIÇÃO | | | | | |
| DATA | | | | | |
| 09/04/2019 | <p>1. Dieta livre, <u>dieta branca</u></p> <p>2. AVP</p> <p>3. SF 0,9% 1500ml EV de 8/8h</p> <p>4. Cefalotina 1g EV 6/6h</p> <p>5. Gentamicina 290mg EV 1x ao dia</p> <p>6. Metronidazol 500mg EV 8/8h</p> <p>7. Tilatil 20mg EV 12/12h</p> <p>8. Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml } EV 6/6h</p> <p>9. Dipirona 4ml EV 6/6h</p> <p>10. Plasil 10mg EV 8/8h SN</p> <p>11. Curativo Diário</p> <p>12. SVD + Anotar diurese rigorosamente</p> <p>13. SSVV + CCGG</p> <p>14. Solicito exames de Urgência</p> <p>15. SF 0,9% 1000ml EV 8/8h</p> <p>16. SF 0,9% 1000ml EV 8/8h</p> <p>17. SF 0,9% 1000ml EV 8/8h</p> <p>18. SF 0,9% 1000ml EV 8/8h</p> <p>19. SF 0,9% 1000ml EV 8/8h</p> <p>20. Bicarbonato 9,4% 100ml EV 8/8h</p> <p>21. Coper em 1h</p> <p>22. Coper em 1h</p> <p>23. Coper em 1h</p> <p>24. Coper em 1h</p> <p>25. Coper em 1h</p> <p>26. Do bloco de vaga</p> <p>27. Henfina (10mg/ml) 1ml + 10ml AD - 10ml EV 8/8h</p> <p>28. Dr. Giovanni Henrique</p> <p>29. Dr. Giovanni Henrique</p> <p>30. Dr. Giovanni Henrique</p> | | | | |

| HORA | TAX | FC | FR | SpO2 | P.A | HORA | TAX | FC | FR | SpO2 | P.A |
|-------|-----|----|----|------|-----|-------|------|----|----|------|--------|
| 07:00 | | | | | | 20:00 | 36.4 | 93 | 23 | 94% | 148/78 |
| 08:00 | | | | | | 22:00 | 36.6 | 97 | 16 | 98% | 146/91 |
| 09:00 | | | | | | 23:00 | 36.6 | 96 | 22 | 94% | 146/91 |
| | | | | | | 00:00 | 36.6 | 97 | 17 | 92% | 144/90 |
| | | | | | | 01:00 | 36.6 | 89 | 20 | 92% | 165X |

16:45 - edetade exames laboratoriais e encaminhado ao laboratório.
Téc: clauden

| ESQUEMA DE CORREÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR | | | |
|---|-----------|---------------|------------------|
| DEXTRO | INS. REG. | GH 50% DEXTRO | INS. REG. GH 50% |
| < 70 | | 40ml | |
| 201-250 | 02 UI | 301-350 | 08 UI |
| 251-300 | 04 UI | 351-400 | 10 UI |
| 301-350 | 06 UI | > 400 | 12 UI e chamar |

CRM-RR-2038

Dr. Giovanni Henrique

Médico

CRM-RR-1803

Dr. Giovanni Henrique

Médico



PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA DIURNA

| | | | | | |
|--------------------------------|---------|-----|--------|---------------|--------|
| DATA: 09/04/2019 | DI/HGR: | DN: | IDADE: | ÁREA: AMARELA | LEITO: |
| NOME: <u>Anderson B. Costa</u> | | | | | |

| DIAGNÓSTICOS: | | |
|---|--|---|
| DISPOSITIVOS | BALANÇO HÍDRICO | ANTIBIÓTICOS |
| AVC:
PAi:
TOT/TQT: <u>φ</u>
VM:

Outros: | ADMINISTRADO (ESTIMADO):

DIURESE:
UF:
BH
BH ACUMULADO: | <u>Cefalotina (DA)</u>
<u>Gentamicina (DI)</u>
<u>metronidazol (DI)</u> |

| | | |
|----------------------------|--|---------------|
| Últimas 24hs: | ΔFC: <u>94 - 112</u> | Clearance/Cr: |
| ΔTax: <u>34,7 - 36,5°C</u> | ΔFR: <u>18 - 19</u> | Evacuações: |
| ΔPAS: <u>111 - 168</u> | Δ Glicemias: <u>-</u> | SNG: <u>-</u> |
| ΔPAD: <u>69 - 86</u> | Drenos: <u>Lado ① - 300ml</u>
<u>Lado ② - 150ml</u> | |

Evolução nas últimas 24h:

Paciente estável hemodinamicamente, sem DVA, sem SDA, eupneico, em uso de cateter nasal de O₂ 2L/min.

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

Ap. Cardiovascular

(☒) RCR2T, BCNF, sem Sopros

() Outros: _____

() DVA? Quais: _____

Ap. Respiratório

(☒) MV + bilateral, sem Ruidos Adventícios

() Outros: _____

ABD.:

(☒) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +

() Outros: _____

Ext.:

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

() Outros: _____

NEUR.:

(☒) Glasgow 15 / Pupilas Isocóricas (isotomométricas), RFM + (☒) RFM - () / RAMSAY: _____

Outros: _____

Impressão Diagnóstica: Estável

Conduta: As Curvas da Capnemia

Artemis da Silva Souza
Médico
09/04/2020

Espelho dos exames

Nome: Anderson Barbosa Costa

Sector: GT AMARELA

Leito:

Idade: 42

DN: 14/12/77

| | | | | | | | | | |
|------------|---------|--|--|--|--|--|--|--|--|
| DATA | 09/04 | | | | | | | | |
| LEUCO | 12040 | | | | | | | | |
| NEUT. | 87,3% | | | | | | | | |
| LINE. | 10,2% | | | | | | | | |
| HB | 9,2 | | | | | | | | |
| HT | 27,8% | | | | | | | | |
| PLAQ | 138.000 | | | | | | | | |
| TAP | | | | | | | | | |
| RNI | | | | | | | | | |
| TTPA | | | | | | | | | |
| AMILASE | | | | | | | | | |
| BT | | | | | | | | | |
| BD | | | | | | | | | |
| BI | | | | | | | | | |
| Cr. | 0,99 | | | | | | | | |
| LDH | | | | | | | | | |
| FA | | | | | | | | | |
| GGT | | | | | | | | | |
| GLICEMIA | | | | | | | | | |
| LIPASE | | | | | | | | | |
| TGO | 127,57 | | | | | | | | |
| TGP | 61,58 | | | | | | | | |
| Ur. | 39,63 | | | | | | | | |
| PCR | 72,82 | | | | | | | | |
| ALBUMINA | | | | | | | | | |
| CALCIO | | | | | | | | | |
| POTÁSSIO | | | | | | | | | |
| SÓDIO | | | | | | | | | |
| CLORO | | | | | | | | | |
| LACTATO | | | | | | | | | |
| CPK | 6537,71 | | | | | | | | |
| CKMB | | | | | | | | | |
| MIOGLOBINA | | | | | | | | | |
| TROPONINA | | | | | | | | | |
| BH | | | | | | | | | |
| SOFA | | | | | | | | | |





PRONTO SOCORO FRANCISCO ELESBÃO

EVOLUÇÃO MÉDICA DIURNA

| | | | | | |
|------------------|---------|-----|--------|---------------|--------|
| DATA: 09/04/2019 | DI/HGR: | DN: | IDADE: | ÁREA: AMARELA | LEITO: |
|------------------|---------|-----|--------|---------------|--------|

NOME: Anderson B. Costa

DIAGNÓSTICOS:

| DISPOSITIVOS | BALANÇO HÍDRICO | ANTIBIÓTICOS |
|---|--|--|
| AVC:
PAI:
TOT/TQT: ϕ
VM:

Outros: | ADMINISTRADO (ESTIMADO):

DIURESE:
UF:
BH
BH ACUMULADO: | Cefalotina (DA)
Gentamicina (DI)
metronidazol (DI) |

| Últimas 24hs: | | |
|-----------------------------|--|---------------|
| Δ Tax: 34,7 - 36,5°C | Δ FC: 94 - 112 | Clearance/Cr: |
| Δ PAS: 111 - 168 | Δ FR: 18 - 19 | Evacuações: |
| Δ PAD: 60 - 96 | Δ Glicemias: - | SNG: - |
| | Drenos: Lado (D) - 300 ml
Lado (E) - 150 ml | |

Evolução nas últimas 24h:

Paciente estável hemodinamicamente, sem DVA, sem SDA, supnóteo, em uso de cateter nasal de O₂ 2L/min.

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

(X) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +

() Outros: _____

Ext.:

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

() Outros: _____

NEUR.:

(X) Glasgow 15 / Pupilas Isocóricas (homologamente), RFM + (X) RFM - () / RAMSAY: _____

Outros: _____

Impressão Diagnóstica: Estável

Conduta: As Curvas de Cateter

Liliane da Silva Souza
Médico
CRM 92.2005



PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO

EVOLUÇÃO MÉDICA NOTURNA

| | | | |
|--|------------|-----------|---------------|
| DATA: 10/04/2019 | IDADE: 42a | LEITO: 06 | ÁREA: AMARELA |
| NOME: <u>Anderferson Barbosa Costa</u> | | | |

HIPÓTESES DIAGNÓSTICAS

| | |
|--|---|
| Politrauma + fratura rádio/ulna (E) + DT bilateral (hematomas) | |
| DVA: $\emptyset$ | Antibióticos

Gentamicina
Metronidazol |
| IOT/TQT: $\emptyset$ | |
| VM: $\emptyset$ | |
| SVD: sim | |
| SNG/SNE: $\emptyset$ | |
| SEDOANALGESIA: $\emptyset$ | |

ATUAL

| | | |
|----------------------|----------------------------|--------------------|
| FC: 98 | PRESSÃO ARTERIAL: 146 x 95 | FEBRE: $\emptyset$ |
| FR: 22 | GLICEMIA CAPILAR: 51 mg/dL | EVACUAÇÕES: |
| SO ₂ : 99 | DIURESE: hematúria | 31 registo |

Evolução Médica Noturna: Pac em DB a 45°, resubido ao leito; vígil; comunicativo; estável hemodinamicamente; em uso de CMO₂ p/ manutenção da sat O₂; oligúrico, porém com excreções nitrogenadas dentro da normalidade; recebendo dieta via oral c/ boa aceitação. Rese da tosse intensa, c/ resíduo do mov. respiratório.

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

Ap. Cardiovascular

() RCR2T, Bulhas normofonéticas, sem sopros

() DVA? Quais:

Ap. Respiratório

() PMVU em ambos os hemitorax. SRA

() Outros: 2 em bases

ABD.: pequeno

() globo, Flácido, RHA +, S/VMG

() Outros:

EXT

() Boa perfusão periférica (< 3s); Panturrilhas livres

NEUR.:

() Glasgow 15 / Pupilas isocóricas

RFM + () RFM - () / RAMSAY:

Dr. Givago Henrique
 Médico
 CRM-RR 1003

CONDUTA:

Manter vigilância respiratória
 Hidratar vigiada + bicarbonato p/ alcalinização da urina.
 Manter vigilância renal.
 Manter suporte intensivo.

Amanda Pinheiro
 Internista 6º ano

00

PRESCRIÇÃO MÉDICA DIA A

| UNIDADE/SETOR: HRSB - GT/PSFE | | ÁREA: Amarela DN: 14/12/1977 | LEITO: |
|--|---|------------------------------|-----------|
| NOME DO PACIENTE: Anderson Barbosa Costa | | | |
| HD: Politrauma + Fratura Úmero E + Hemotórax | | | |
| DATA | PRESCRIÇÃO | REALIZAÇÃO DE DEXTRO | |
| | | Hora | Resultado |
| 10/04/2019 | 1. Dieta oral branda | | |
| | 2. AVP | | |
| | 3. SF 0,9% 1000 ml EV de 6/6h | | |
| D1 | 4. Bicarbonato de Sódio 8,4% 100 ml EV 8/8h, correr em 1h | | |
| D2 | 5. Cefalotina 1g EV 6/6h | | |
| D2 | 6. Gentamicina 290mg EV 1x ao dia | | |
| D2 | 7. Metronidazol 500mg EV 8/8h | | |
| | 8. Tilatil 20mg EV 12/12h | | |
| | 9. Tramal 100mg + SF 0,9% 100ml } EV 6/6h | | |
| | 10. Dipirona 2g EV 6/6h | | |
| | 11. Plasil 10mg EV 8/8h SN | | |
| | 12. Curativo Diário | | |
| | 13. Anotar diurese rigorosamente | | |
| | 14. SSVV + CCGG | | |
| | 15. Ao Bloco, se yaga | | |
| | 16. <i>Captopril 25mg 2x/dia</i> | | |
| | 17. | | |
| | 18. | | |
| | 19. | | |
| | 20. | | |
| | 21. | | |
| | 22. | | |
| | 23. | | |
| | 24. | | |
| | 25. | | |
| | 26. | | |
| | 27. | | |
| | 28. | | |
| | 29. | | |
| | 30. | | |
| | 31. | | |

Evolução Médica

Paciente jovem, vítima de politrauma (acidente de moto), abordado pela Ortopedia por fratura de úmero e Pela Cirurgia Geral Drenagem de Tórax (hemotórax). No momento paciente estável hemodinamicamente sem uso de DVA e SDA. Refere dor intensa e não apresenta diurese.

ESQUEMA DE CORREÇÃO DE GLICEMIA CAPILAR

| DENTRO | INS. REG. | GH 50% | DENTRO | INS. REG. | GH 50% |
|-----------|-----------|--------|-----------|----------------|--------|
| < 70 | 02 UI | - | 301 - 350 | 08 UI | - |
| 201 - 250 | 04 UI | - | 351 - 400 | 10 UI | - |
| 251 - 300 | 06 UI | - | > 400 | 12 UI e chamar | - |
| 301 - 350 | 08 UI | - | | | |

plantonista

*Ureop esguerdado
08:00 300 ml + ranitidina
08:00 - diurese - 200 ml
06:00 diurese - 200 ml
02:00 diurese 110 ml*

| HORA | TAX | FC | FR | SpO2 | P.A | HORA | TAX | FC | FR | SpO2 | P.A |
|-------|------|----|----|------|--------|-------|------|-----|----|------|---------|
| 07:00 | | | | | | 20:00 | 36.2 | 104 | 41 | 96.2 | 123x95 |
| 08:00 | 36.1 | 89 | 15 | 98% | 101x92 | 22:00 | 36.2 | 82 | 28 | 95.1 | 163x72 |
| | | | | | | 11:00 | 36.1 | 90 | 25 | 96.1 | 172x100 |
| | | | | | | | 36.1 | 122 | 28 | 96.1 | 184x71 |
| | | | | | | | 36.1 | 93 | 24 | 96.1 | 185x |



PRONTO SOCORO FRANCISCO ELESBÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA DIURNA

| | | | | | |
|--|------------------|--------------|-----------|-----------------|----------|
| DATA: 13/04/2019 | DI/HGR: 05/03/19 | DN: 22/04/18 | IDADE: 44 | ÁREA: amarela 1 | LEITO: 4 |
| NOME: <u>Ernande Bandeira da Silva</u> | | | | | |

| | | |
|---|--|--|
| DIAGNÓSTICOS: | | |
| DISPOSITIVOS
AVC: --- <u>Subclavio</u>
PAi: ---
TOT/TQT: TOT
VM: ---
Outros: SNE, SVD | BALANÇO HÍDRICO
ADMINISTRADO (ESTIMADO):
DIURESE: <u>800 ml</u>
UF:
BH
BH ACUMULADO: | ANTIBIÓTICOS
<u>- meropenem</u>
<u>- Teicoplanina</u>
<u>- Sulba + Trimeth</u> |

| | | |
|----------------------|----------------------------------|----------------------------|
| Últimas 24hs: | Δ FC: | Clearance/Cr: --- <u>0</u> |
| Δ Tax: | Δ FR: | Evacuações: --- <u>0</u> |
| Δ PAS: | Δ Glicemias: --- <u>0</u> | SNG: <u>0</u> |
| Δ PAD: | Drenos: --- <u>0</u> | |

Evolução nas últimas 24h: Paciente estável hemodinamicamente, sem uso de DVA ou SDA, muito menos Ventilação mecânica. TOT em AA.

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

Ap. Cardiovascular

(x) RCR2T, BCNF, sem Sopros

() Outros: _____

() DVA? Quais: _____

Ap. Respiratório

(x) MV + bilateral ~~sem ruídos~~, sem Ruídos Adventícios

() Outros: C/ Róncos em bases

ABD.:

(x) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +

() Outros: _____

Ext.:

(x) Bom perfusão periférica (< 3s); com edema em MMII; Panturrilhas livre

() Outros: _____

NEUR.:

() Glasgow / Pupilas Isocóricas (), RFM + () RFM - () / RAMSAY: _____

Outros: ↓ ↓

Impressão Estável, aguardando vaga ao bloco

Conduta: - mantido suporte clínico

09/03/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Documentos

012

06 hrs - { trocado pelo 1º água }
 { Dreno direito: 300 ml }
 { Dreno esquerdo: 200 ml }
 Drenagem ID 750 ml - 1
 14:00 Drenagem - 500 ml
 18:00 Drenagem - 500 ml
 24:00 Drenagem = 700 ml





PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA DIURNA

| | | | | | |
|------------------------------|---------|--------------|--------|-----------------|----------|
| DATA: 13/04/2019 | DI/HGR: | DN: 14/12/77 | IDADE: | ÁREA: amarela 1 | LEITO: 6 |
| NOME: Anderson Benício Costa | | | | | |

DIAGNÓSTICOS: Politrauma + Fratura Umero (E) + Hemitorax (D/E)

| DISPOSITIVOS | BALANÇO HÍDRICO | ANTIBIÓTICOS |
|--|--|--------------|
| AVC: ---
PAi: ---
TOT/TQT: ---
VM: ---
Outros: --- | ADMINISTRADO (ESTIMADO):

DIURESE: 600 ml.
UF:
BH
BH ACUMULADO: | Cefalotina |

| | | |
|-------------------|------------------|-------------------|
| Últimas 24hs: | ΔFC: 98 - 79 | Clearance/Cr: --- |
| ΔTax: 36,4 - 37,0 | ΔFR: 16 - 24 | Evacuações: --- |
| ΔPAS: 185 - 160 | Δ Glicemias: --- | SNG: - |
| ΔPAD: 107 - 104 | Drenos: --- | |

Evolução nas últimas 24h: Paciente estável hemodinamicamente sem DVA ou SDA, sem Ventilação mecânica, dreno de torax ~~na~~ a direita e esquerda.
~~creatinina~~ creatinina: 0,96 ureia: 29,09

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

Ap. Cardiovascular

(X) RCR2T, BCNF, sem Sopros

() Outros: _____

() DVA? Quais: _____

Ap. Respiratório

(X) MV + bilateral diminuído em bases, sem Ruídos Adventícios

() Outros: _____

ABD.:

(X) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +

() Outros: _____

Ext.:

(X) Bom perfusão periférica (< 3s); com edema em MMII; Panturrilhas livre

() Outros: _____

NEUR.:

(X) Glasgow / Pupilas Isocóricas (), RFM + () RFM - () / RAMSAY: _____

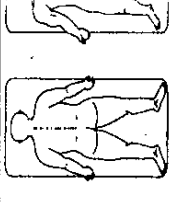
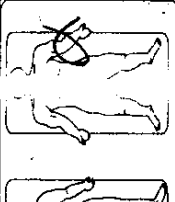
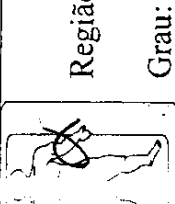
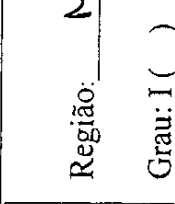
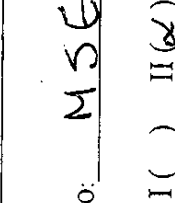
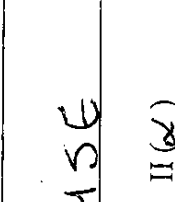
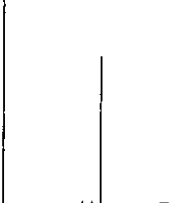
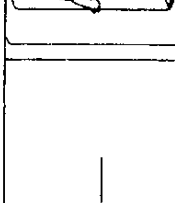
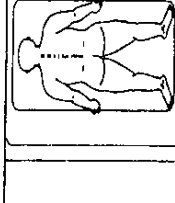
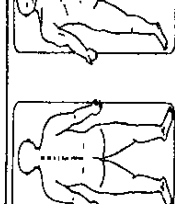
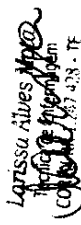
Outros: 15

Impressão: estável, aguardando vaga ao bloco.

Conduta: - RX de torax
anotar débito do dreno.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

| | | | | | | |
|---|--|-----------------------------------|--|------------|--------------------|---------------------|
|  | | Protocolo nº 1 | | Versão: 08 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2013 |
| Núcleo de Enfermagem: em | | Paciente: <u>Anderson Barboza</u> | | | | |
| Tratamento de Ferida: - | | Data: <u>10/04/2019</u> | | | | |
| HGR | | Leito: | | | | |

| | | | | |
|---|---|---|---|--|
| Localização |  | Região: <u>MSE</u> |  | Região: _____ |
| Etiologia | () LPP I II III IV
() Trauma: <u>_____</u> Tração <u>_____</u> Fixador Externo () ortopedia
() Outro: _____ | Grau: I () II (<u>X</u>) |  | Grau: I () II () |
| Aparência do Leito | () Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo (<u>X</u>) Granulação (<u>X</u>) Epitelização
(<u>X</u>) Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ | |  | () Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização
() Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ |
| Pele Perilesional | (<u>X</u>) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro: _____ | |  | () Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor
() Outro: _____ |
| Tipo de Exsudato | () Purulento () Seroso () Sanguinolento (<u>X</u>) Serossanguíneo () Seco
() Outro: _____ | |  | () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco
() Outro: _____ |
| Quantidade de Exsudato | () Molhado (<u>X</u>) Úmido () Seco | |  | () Molhado () Úmido () Seco |
| Solução de Limpeza | (<u>X</u>) Soro Fisiológico 0,9% (<u>X</u>) Clorexidina 2% () Álcool 70% | |  | () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% |
| Cobertura primária | (<u>X</u>) Gaze () Colagem/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro: _____ | |  | () Gaze () Colagem/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
() Outro: _____ |
| Troca | () 12/12 (<u>X</u>) Diário () 48/48h | |  | () 12/12 () Diário () 48/48h |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>Adriana Vieira Araujo</u>
Técnica em Enfermagem
COREN/RR 507.951/E | 
Larissa Alves
Técnica em Enfermagem
COREN/RR 428.7/E | | |
| Observações: | | | | |



PRONTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO
EVOLUÇÃO MÉDICA DIURNA

| | | | | | |
|------------------------------|---------|--------------|-----------|------------------|----------|
| DATA: 15/04/2019 | DI/HGR: | DN: 14/12/77 | IDADE: 41 | ÁREA: GT Amarela | LEITO: 6 |
| NOME: Anderson Barbosa Costa | | | | | |

DIAGNÓSTICOS: *Pelithauma + Fratura rádio/ulna + Hemotórax*

| DISPOSITIVOS | BALANÇO HÍDRICO | ANTIBIÓTICOS |
|--|--|---|
| AVC: X
PAI:
TOT/TQT: X
VM: X
Outros: | ADMINISTRADO (ESTIMADO):

DIURESE:
UF:
BH
BH ACUMULADO: | <i>Ofloxacina (D7)
gentamicina (D7)
Metronidazol (D7)</i> |

| | | |
|---------------|--------------|---------------|
| Últimas 24hs: | ΔFC: | Clearance/Cr: |
| ΔTax: | ΔFR: --- | Evacuações: - |
| ΔPAS: | Δ Glicemias: | SNG: |
| ΔPAD: | Drenos: | |
| | | |
| | | |

Evolução nas últimas 24h: *estável hemodinamicamente, s/DVA, s/sedeal
sua, respirando em ar ambiente, satO2: 95%. Recebendo di-
via oral, s/intervenções, s/febre, s/vômito.*

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

Ap. Cardiovascular

(X) RCI2T, bulhas hipofonéticas, sem Sopros

() Outros: _____

() DVA? Quais: dobutamina _____

Ap. Respiratório

(X) MV + bilateral, sem Ruídos Adventícios

() Outros: _____

ABD.:

(X) Flácido, sem visceromegalias, indolor, RHA +

() Outros: _____

Ext.:

(X) Boa perfusão periférica (< 3s); com edema em MID ; Panturrilhas livre

() Outros: _____

NEUR.:

(X) Glasgow 15 / Pupilas Isocóricas (), RFM + (X) RFM- () / RASS:

Outros: _____

Impressão Diagnóstica:

Conduta: *Alta pl bleco.*

Carolina Sant'Ana
Interna-Medicina/UFRF
R.A: 1201415205

09/03/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Documentos

OK

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projedi.ijr.jus.br/projedi/> - Identificador: PJ5UL HSACCC X2CH8 KXWMA

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classificação / Reclassificação
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAIR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

Reclassificação: Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde, Azul Ass.:
Reclassificação: Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde, Azul Ass.:
Reclassificação: Vermelho, Laranja, Amarelo, Verde, Azul Ass.:

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA DIURNO 07-19 21

Paciente: **ANDERFESON BARBOSA DA COSTA** Data Nascimento: **14/12/1977** Idade: **41 A 7 M 15 D** CNS: **700502361247356** CPF: **44695152215** Prontuário: **00010074**
Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
IDENTIDADE 132939 M PARDA BRASILEIRA
Mãe: **MARIA DE FATIMA BARBOSA DACOSTA** Pai: **JOSE RODRIGUES DA COSTA** Contato: **(95) 99169-9401**
Endereço: **RUA - CASIMIRO DE ABREU - 97 - CANARINHO - BOA VISTA - RR** Ocupação: **NÃO INFORMADA**

Class. de Risco Plano Convênio N° da Carteira Validado Autorização Sis Prenatal
SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Motivo do Atendimento Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão
OUTROS URGÊNCIA

Sotor Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:
GRANDE TRAUMA DEMANDA ESPONTANEA EDVAN NASCIMENTO

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

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____ h)

Exame Físico

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

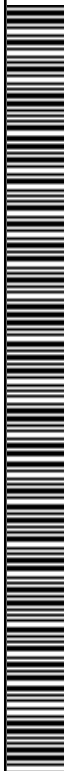
Conduta
☐ Alta por Decisão Médica
☐ Alta a Pedido
☐ Alta a Revelia
☐ Transferência para:

óbito
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Ass.:
Assinatura do Paciente ou Responsável

Impresso por: edvan.nascimento
Data Hora: 29/07/2019 13:05:17

Dr. José Nunes da Costa
Medicina Interna
Carimbo e Assinatura do Médico

1901141707



A **alta: 15/08/19**

 **SUS** Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

2 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

4 - CNES

BLOCO A

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: **ANDERTESON BARBOSA DA COSTA**

6 - N° DO PRONTUÁRIO: **10074**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **71010510231612473516**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **14/12/1974**

9 - SEXO: **MASCULINO**

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: **Maria de Fátima Barbosa da Costa**

11 - TELEFONE DE CONTATO: **959911691401**

12 - ENDEREÇO (RUA, N° BAIRRO): **Rua Cosimiro de Abreu, 97, Canarinho**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Bela Vista**

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO: **140010**

15 - UF: **RJ**

16 - CEP: **69312272**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **KE TARDIO OPERADO DE DRENAGEM DE HSDC, FTP COM RECIDIVA PALENTE COM CEFALIA PERSISTENTE**

18 - CONDIÇÕES CLÍNICAS A INTERNAÇÃO: **ACIMA**

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **TC CRÂNIO**

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: **HSDC F.T.P. DIRETA**

21 - CID 10 PRINCIPAL: **K66.9**

22 - CID 10 SECUNDÁRIO

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **DRENAGEM HSDC F.T.P. DIRETA**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

26 - CLÍNICA: **NCR**

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **CIRURGIA**

28 - DOCUMENTO: ☒ CNS ☐ CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **2011549181371510002**

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **DR FABRÍCIO**

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **29/04/19**

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - CNPJ DA SEGURADORA

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ EMPRESA

37 - N° DO DOCUMENTO

38 - SÉRIE

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOR

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

43 - EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO ☐

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

44 - COD. ÓRGÃO EMISSOR

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

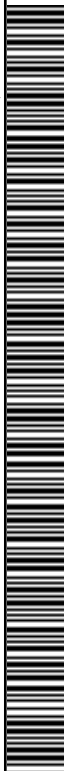
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **29/04/19**

47 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO)

48 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **0403010314**

49 - SÓBOS

50 - W499





BOLETIM OPERATÓRIO

Anderson Barbosa de Costa
41 anos

Data: 29/07/19

O.S. _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Hematoma subdural crânio

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO: Craniotomia

DICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: D meninges

CIRURGIÃO: DR. MARCO BORGES

1º AUXILIAR: DR. FÁBIO LEMOS

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em Dop sob anestesia geral + IOT + VM.
- 2) Abertura + contra-abertura + colocação de campo estéril.
- 3) Incisão FPA (5) + abertura no plano + abertura KP (6) + dural.
- 4) Drenagem de volumoso hematoma intracranial encapsulado.
- 5) Ressecção da hemostase.
- 6) Descompressão e colocação do flap ósseo.
- 7) Síntese no plano. 8) Lavagem + curativo.
- (9) Dreno Portovac no subcutâneo.

Márcio Tiago de O. Barbosa
Neurocirurgião
CRM-RP 1496

Anexo I

| 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 SOLICITANTE | | 2 - CNES | | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | 4 - CNES | | | |
| Identificação do Paciente | | | | | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO | | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | | | |
| 10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL | | 9 - SEXO | | | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE | | | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO | | 15 - UF | |
| | | 16 - CEP | | | |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | | | |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | | | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | | | |
| 20 - DIAGNÓSTICO INICIAL | | | | 21 - CID 10 PRINCIPAL | |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO | | | | 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | | |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | |
| 26 - CLÍNICA | | | | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | |
| 28 - DOCUMENTO | | | | 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | | | 31 - DATA DA SOLICITAÇÃO | |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | | | | |
| 33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | | 36 - CNPJ DA SEGURADORA | | 37 - Nº DO BILHETE | |
| 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | | 39 - CNPJ EMPRESA | | 38 - SÉRIE | |
| 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | 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 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR | | 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| 46 - DOCUMENTO | | 47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | |
| 48 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 49 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | |



BOLETIM OPERATÓRIO

Andressa Zaitona

Data: 25/2/19 OS: _____

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: A pulso e 25, 30 MTC Mão (E)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: PNLIS Fio K pulso e Mão
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
EDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: S. Silva FAMILIAR: J. Silva
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: Edine ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Ref 884 sob anestesia
- 2) abordagem e artroscopia
- 3) compor artroscopia
- 4) Retirada material de
Sintese Pulso e Mão (3 fios)
- 5) manipulação articular de
pulso e Mão e MTC
- 6) curativo



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
"Amor e Paz em todo o Estado"

FICHA DE ANESTESIA

Andersson Barbosa da Costa 41 anos

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

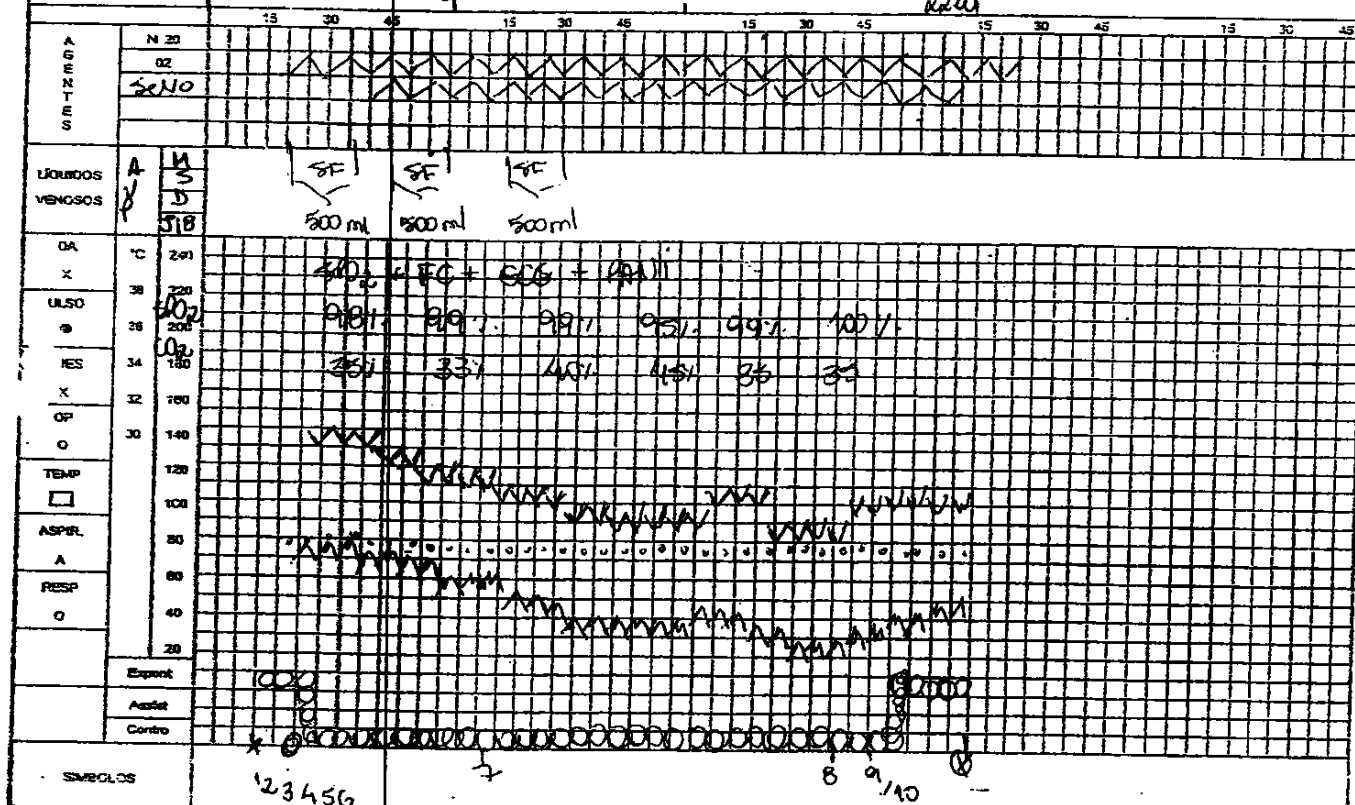
Nº
29.07.2019

19:00

20:00

21:00

22:00



| AGENTES | DOSES | TÉCNICA | ANOTAÇÕES |
|--|---------|---|---|
| A Fentanyl 300 mcg EV | | Anestesia geral venosa | * Check list + monitorização (PAVI + PCTEGG + PO2) |
| B Glauhidato 20 mg | | balanciada, TOT acoplado VM | 1. Pré oxigenação com O2 a 100% por 3 min. |
| C Rocuronio 50 mg | | sob VC em sistema fechado com absorvedor de CO2 | 2. Glauhidato 20 mg EV |
| | | | 3. Fentanyl 250 mcg EV |
| | | | 4. Rocuronio 50 mg EV |
| | | | 5. bidoanina |
| | | | 6. TOT com TOT B, B can cuff sob visualização direta acoplado VM sob VC |
| GLUCOSE | GLUCOSE | Cálculo - peso: 60 kg Faringea | |
| NGCO | | Wash / Gargarejo: Garg | |
| SANGUE | | Bal - Tiro - Curva do Tubo 4,5 can cuff | |
| 80,9% 1500 ml | | Sob Monitor | |
| | | Colocação Técnica Não | |
| TOTAL | 1500 ml | TEMPO DE ANESTESIA | |
| OPERAÇÃO | | | |
| Craniotomia para drenagem de hematomas | | | |
| ANESTESIA | | | |
| Dr. Edilson L. R. Anderson | | | |

7. Cefazolin 2 g EV
8. Atropina + Neostigmina EV
0,75mg 1,0 mg
9. Aspirado e extubado
10. Encaminhado para SEPA.

EDNO ALLAMANO - 88420
Médico - CRM 197





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

440

| | | | |
|------------------------------|--------------|------------------|--------------|
| NOME DO PACIENTE | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA |
| Anderferson Barbosa da Costa | | 00010074 | 29 / 07 / 14 |

| | | | |
|--------------------------------|------------------|-------|-------------|
| CIRURGIA | TEMPO DE DURAÇÃO | | |
| | INICIO | FIM | TEMPO TOTAL |
| Drenagem de hemorroida subdano | 20:07 | 22:04 | |

| | |
|----------------------|--------------------|
| EQUIPE MÉDICA | |
| CIRURGIÃO | ANESTESISTA: |
| Dr. Fabricio Almeida | Dr. Edino |
| 1º AUXILIAR | RES. ANESTESIA: |
| Dr. Marco Tregó | Res. Andreza |
| 2º AUXILIAR | INSTRUMENTADOR |
| | Beatriz e Evanizio |
| | CIRCULANTE |
| | Elaineusa Almeida |

| | | | | | |
|-------------------------------------|----------------------------|-------|-------------------------------------|--------------------------------|-----|
| TIPO DE ANESTESIA: | GERAL | | | | |
| TEMPO DE DURAÇÃO: | | | | | |
| NT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | VAL |
| ☒ | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID. | | ☒ | FRASCOS-SORO FISIOLÓGICO 500ml | |
| ☒ | PACOTES GAZE | | | FRASCOS-SORO RINGER LACTADO | |
| ☒ | LUVA ESTERIL 7.0 | | | FRASCOS-SORO GLICOSADO | |
| ☒ | LUVA ESTERIL 7.5 | | | FIO VICRYL Nº | |
| | LUVA ESTERIL 8.0 | | ☒ | FIO MONONYLON Nº 2-0 0-1+3-0 | |
| | LUVA ESTERIL 8.5 | | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº | |
| ☒ | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | |
| ☒ | LÂMINA BISTURI Nº 15, 24 | | | FIO CATGUT SIMPLES Nº | |
| | DRENO DE SUÇÃO Nº | | | FIO CATGUT CROMADO Nº | |
| | DRENO DE TORAX Nº | | ☒ | FIO PROLENE Nº 4-0 | |
| | DRENO DE PENROSE Nº | | | FIO SEDA Nº | |
| | SERINGA 01ML | | | SURGICEL TOT nº 7.0 | |
| | SERINGA 03ML | | ☒ | CERA P/ OSO | |
| 4 | SERINGA 05 ML | | ☒ | Kit CATARATA | |
| 3 | SERINGA 10ML | | 5 | GLOFOAM | |
| 8 | SERINGA 20ML | | 1 | FITA CARDIACA | |
| | | | | sondo de foley 14 | |
| | | | | OUTROS: coletor de urina | |
| | | | | 1 Gelfoan | |

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

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

UNIDADE: MEDICINA ANESTÉSICA

Andressa Barbosa da Costa
f. médico / anestesista

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista

Andressa / Sérgio (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

() Identificação do paciente
() Sítio cirúrgico
() Torcedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:
() REVISÃO DO CIRURGIÃO:

Quais são as etapas críticas ou inesperadas, situação de
operação e perda sanguínea prevista.

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

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

A PROFISSÃO ANTIMICROBIANA JÁ
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica
() Sim

Qual: cephalodina dg Hora: 14:35

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA
OPERATÓRIA

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
() Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTOS E
CIRÚRGICOS, COMPLETADAS E
ESTÃO CORRETAS
() Sim () Não () Não se aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANÁLISE
PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim () Não () Não se aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM QUALQUER
PARA SER RESOLVIDO
() Sim () Não

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARAM
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A
RECUPERAÇÃO E O MANTO OESTE PACIENTE
() Sim () Não () Não se aplica

Assinatura e Data

24.02.19

14:35



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

M62
750-3
Name.

| UNIDADE/SETOR: | QUARTO: | LEITO: | Nº REGISTRO |
|--|---|--|----------------------------------|
| NOME DO PACIENTE: <i>Ardelezen Barbosa de Costa</i> Alimentação habitual <i>leão</i> | | | |
| PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: | | | |
| DATA/HORA: | PRESCRIÇÃO: | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: | OBSERVAÇÕES: |
| 29/02/19 | 1) <i>Prdt. 3200</i>
2) <i>250,98 1000 ml (iv) 8/24h</i>
3) <i>Conjugado 400mg (iv) ceto</i>
4) <i>Clotrimazol 100mg (iv) 6/6h</i>
5) <i>Vit. K1 20mg (iv) 12/12h</i>
6) <i>Plavix 150mg (iv) 8/8h 5v</i>
7) <i>Acetato 6/6h</i>
8) <i>Carbam. 25x 4mg (iv) caso O2 70mg/dl</i>
9) <i>Urea 1mg caso hem. abaixo 12mg</i>
10) <i>Clotrimazol 1 (iv) 8/8h (8/5P)</i>
11) <i>Clotrimazol 1 (iv) 8/8h (8/5P)</i>
12) <i>Clotrimazol 1 (iv) 8/8h (8/5P)</i> | <i>23 05 17</i>
<i>23 05 17</i>
<i>23 05 17</i>
<i>23 05 17</i>
<i>23 05 17</i>
<i>23 05 17</i>
<i>23 05 17</i>
<i>23 05 17</i>
<i>23 05 17</i>
<i>23 05 17</i>
<i>23 05 17</i>
<i>23 05 17</i> | <i>PA 130x60</i>
<i>FC 72</i> |



GOVERNO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

PRESCRIÇÃO DIÁRIA
66660015. A.P.E.
Sem afetar mte.

Melo A 110-3

| UNIDADE/SETOR: | | QUARTO: | LEITO: | Nº REGISTRO |
|-----------------------------|--------------------------------|--------------------------|----------|--------------|
| NOME DO PACIENTE: | | 68 | | |
| PROFISSIONAIS RESPONSÁVEIS: | | Melo A 110-3 | | |
| DATA/HORA: | PRESCRIÇÃO: | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM: | HORÁRIO: | OBSERVAÇÕES: |
| 30/03/19 | 1) Dita stud | 1) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 2) 500 ml (w) 6/6h | 2) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 3) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 3) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 4) 500 ml (w) 6/6h | 4) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 5) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 5) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 6) 500 ml (w) 6/6h | 6) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 7) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 7) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 8) 500 ml (w) 6/6h | 8) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 9) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 9) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 10) 500 ml (w) 6/6h | 10) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 11) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 11) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 12) 500 ml (w) 6/6h | 12) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 13) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 13) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 14) 500 ml (w) 6/6h | 14) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 15) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 15) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 16) 500 ml (w) 6/6h | 16) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 17) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 17) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 18) 500 ml (w) 6/6h | 18) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 19) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 19) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 20) 500 ml (w) 6/6h | 20) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 21) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 21) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 22) 500 ml (w) 6/6h | 22) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 23) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 23) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 24) 500 ml (w) 6/6h | 24) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 25) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 25) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 26) 500 ml (w) 6/6h | 26) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 27) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 27) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 28) 500 ml (w) 6/6h | 28) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 29) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 29) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 30) 500 ml (w) 6/6h | 30) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 31) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 31) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 32) 500 ml (w) 6/6h | 32) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 33) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 33) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 34) 500 ml (w) 6/6h | 34) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 35) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 35) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 36) 500 ml (w) 6/6h | 36) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 37) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 37) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 38) 500 ml (w) 6/6h | 38) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 39) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 39) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 40) 500 ml (w) 6/6h | 40) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 41) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 41) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 42) 500 ml (w) 6/6h | 42) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 43) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 43) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 44) 500 ml (w) 6/6h | 44) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 45) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 45) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 46) 500 ml (w) 6/6h | 46) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 47) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 47) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 48) 500 ml (w) 6/6h | 48) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 49) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 49) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 50) 500 ml (w) 6/6h | 50) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 51) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 51) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 52) 500 ml (w) 6/6h | 52) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 53) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 53) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 54) 500 ml (w) 6/6h | 54) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 55) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 55) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 56) 500 ml (w) 6/6h | 56) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 57) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 57) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 58) 500 ml (w) 6/6h | 58) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 59) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 59) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 60) 500 ml (w) 6/6h | 60) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 61) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 61) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 62) 500 ml (w) 6/6h | 62) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 63) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 63) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 64) 500 ml (w) 6/6h | 64) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 65) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 65) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 66) 500 ml (w) 6/6h | 66) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 67) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 67) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 68) 500 ml (w) 6/6h | 68) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 69) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 69) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 70) 500 ml (w) 6/6h | 70) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 71) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 71) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 72) 500 ml (w) 6/6h | 72) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 73) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 73) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 74) 500 ml (w) 6/6h | 74) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 75) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 75) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 76) 500 ml (w) 6/6h | 76) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 77) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 77) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 78) 500 ml (w) 6/6h | 78) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 79) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 79) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 80) 500 ml (w) 6/6h | 80) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 81) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 81) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 82) 500 ml (w) 6/6h | 82) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 83) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 83) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 84) 500 ml (w) 6/6h | 84) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 85) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 85) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 86) 500 ml (w) 6/6h | 86) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 87) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 87) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 88) 500 ml (w) 6/6h | 88) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 89) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 89) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 90) 500 ml (w) 6/6h | 90) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 91) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 91) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 92) 500 ml (w) 6/6h | 92) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 93) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 93) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 94) 500 ml (w) 6/6h | 94) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 95) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 95) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 96) 500 ml (w) 6/6h | 96) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 97) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 97) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 98) 500 ml (w) 6/6h | 98) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 99) 1/2 tableta 1/2 (w) 12/12h | 99) 11:38 | 11:38 | 11:38 |
| | 100) 500 ml (w) 6/6h | 100) 11:38 | 11:38 | 11:38 |

110-3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | | | |
|--------------------------------|--|--|--|-------------------------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
| SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DN | | | |
| PACIENTE | | ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA | | | |
| AGNÓSTIC | | PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL | | | |
| ALERGIAS | | N.D.N. | | | |
| IDADE | | LEITO | | 110 -3 DATA 31/jul/2019 | |
| ÍTEM | | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | | DIETA GERAL | | | 3hM |
| 2 | | RANITIDINA 50MG IV DE 8/8H | | | 14h 22' 06" |
| 3 | | CEFTAZIDIMA 1G IV DE 12/12H (D2/3) | | | 12h 24' 06" |
| 4 | | DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H | | | 12h 24' 06" |
| 5 | | PLASIL 10MG IV DE 8/8H SN | | | 3h |
| 6 | | CURATIVO CIRÚRGICO 1 X AO DIA | | | Curativo |
| 7 | | RETIRAR DRENO 3 DIAS APÓS A CIRURGIA. | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR | | | |
| 16 | | 30% CONFORME ESCALA 100-250 201 251-300 | | | |
| 17 | | 101-300 301-350 351-400 401-450 451-500 | | | |
| 18 | | 500-600 601-700 701-800 801-900 901-1000 | | | |
| 19 | | AVISAR PLANTONISTA | | | |
| 20 | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PO DE HEMETOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO).

| | PA | FC | FR | TEMP | |
|------|--------|----|----|--------|--|
| 6 H | 110x70 | 70 | | | |
| 12 H | 105x74 | 80 | | 36°C | |
| 18 H | 110x70 | 80 | | 36°C | |
| 24 H | 110x80 | 77 | | 36.4°C | |

Dr. Marcio Tiago D. Barbosa

Neurocirurgião

CRM- RR : 1496

12h, Pct. no leito, medicado cpm, Diurex, deprezo de SVD 75ml, aferido 88VV, segue aos cuidados

31/07/19 Paciente no leito aferido 99VV adm medicação cpm

Maria Jesus Silva Duó
Téc. em Enfermagem
CRP-RR 5329125

Irisete Santos da Silva
Técnico em Enfermagem
COREN-RR 903885-TE

110-3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | | | |
|--|---|-------|-------|------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
| SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DN | | | |
| PACIENTE ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA | | | | | |
| AGNÓSTICO PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL | | | | | |
| ALERGIAS N.D.N. | | | | | |
| IDADE | | LEITO | 110-3 | DATA | 01/ago/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA GERAL | | | | SV |
| 2 | RANITIDINA 50MG IV DE 8/8H | | | | 14.22.06 |
| 3 | CEFTAZIDIMA 1G IV DE 12/12H (D2/3) | | | | 12.24.06 |
| 4 | DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H | | | | 12.28.24.06 |
| 5 | PLASIL 10MG IV DE 8/8H SN | | | | SV |
| 6 | CURATIVO CIRÚRGICO 1 X AO DIA | | | | |
| 7 | RETIRAR DRENO 3 DIAS APÓS A CIRURGIA. | | | | 7.42.06 |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR | | | | |
| 16 | SCN CONFORME ESQUEMA 100-250 2UI 25-300 | | | | |
| 17 | 100-300 3UI 300-400 4UI 400-500 5UI 500-600 | | | | |
| 18 | GLICOSE < 70 U/L ML GLICOSE 80% 40 ML EV | | | | |
| 19 | AVISAR PLANTONISTA | | | | |
| 20 | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:
PO DE HEMETOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO).

| | PA | FC | FR | TEMP |
|------|--------|----|----|--------|
| 6 H | 126x78 | 80 | 18 | 36 |
| 12 H | 140x98 | 79 | 17 | 36,3°C |
| 18 H | 120x80 | 76 | | 36°C |
| 24 H | 130x78 | 80 | 20 | 36 |

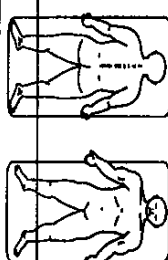
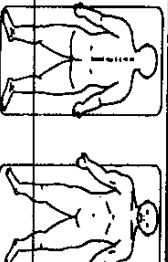
12:00h. Afundado SSVU, adm. as med. cpm. Cel. 110-3

18h. Paciente no leito sem queixas no horário. Adm. medicação cpm. SSVU. Segue cuidados de equipe.

Edmar Duarte
Enfermeiro
CRM-RR 1347

06h PLANTA NOTURNO
ADM. MED. CPM, REALIZ.
DO SSVU + CCGG.

Raquel Lima Silva
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 876.654-TE

|  | | Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR | | Protoc nº 1 | Versão: 01 | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018 |
|---|---|---|---|---|------------|--------------------|---------------------|
| Paciente: <u>Independência Barbosa do Costa.</u>
Leito: <u>110.3</u> | | Data: <u>02/08/2019</u> | | | | | |
| Localização |  | Região: <u>cabeca.</u> |  | Região: <u>cabeca.</u> | | | |
| Etiologia | ☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia
☐ Outro: | ☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia
☐ Outro: | ☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia
☐ Outro: | ☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia
☐ Outro: | | | |
| Aparência do Leito | ☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros | ☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☒ Ferida Fechada ☒ Dreno/Sonda ☐ Outros | ☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☒ Ferida Fechada ☒ Dreno/Sonda ☐ Outros | ☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☒ Ferida Fechada ☒ Dreno/Sonda ☐ Outros | | | |
| Pele Perilesional | ☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outro: | ☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outro: | ☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outro: | ☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outro: | | | |
| Tipo de Exsudato | ☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☐ Seco
☐ Outro: | ☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☒ Seco
☐ Outro: | ☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☒ Seco
☐ Outro: | ☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☒ Seco
☐ Outro: | | | |
| Quantidade de Exsudato | ☐ Molhado ☒ Úmido ☐ seco ☐ Seco | ☐ Molhado ☐ Úmido ☐ seco ☒ Seco | ☐ Molhado ☐ Úmido ☐ seco ☒ Seco | ☐ Molhado ☐ Úmido ☐ seco ☒ Seco | | | |
| Solução de Limpeza | ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% | ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% | ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% | ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% | | | |
| Cobertura primária | ☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro: | ☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro: | ☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro: | ☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro: | | | |
| Troca | ☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h | ☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h | ☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h | ☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h | | | |
| Profissional que realizou procedimento: | Adonilde Vieira Araújo
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 507.795/TE | Adonilde Vieira Araújo
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 507.795/TE | Adonilde Vieira Araújo
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 507.795/TE | Adonilde Vieira Araújo
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 507.795/TE | | | |
| Observações: | Ana Carolina, 34 anos, 622 | | | | | | |

02/10.3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | |
|--------------------------------|-----------------------------------|------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | |
| SERVIÇO DE EMERGÊNCIA | | | |
| DATA DE ADMISSÃO: 02/ago/2019 | | | |
| PACIENTE | ANDERSON DA SILVA DA COSTA | | |
| AGNÓSTICO | PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL | | |
| ALERGIAS | N.D.N. | | |
| IDADE | LEITO | DATA | 02/ago/2019 |
| ITEM | HORÁRIO | | |
| 1 | SND | | |
| 2 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |
| 3 | CEFTAZIDIMA 1G IV DE 12/12H (2x3) | | |
| 4 | DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H | | |
| 5 | PLASIL 10MG IV DE 8/8H SN | | |
| 6 | LEIATIVO CIRÚRGICO 1.000 | | |
| 7 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |
| 8 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |
| 9 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |
| 10 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |
| 11 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |
| 12 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |
| 13 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |
| 14 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |
| 15 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |
| 16 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |
| 17 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |
| 18 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |
| 19 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |
| 20 | R. ANTIBIÓTICOS M.O. 1.000 | | |

Dr. Sônia Luniere
Neurocirurgia
CRM-RR 1347
RQE-RR 122

EVOLUÇÃO MÉDICA:
PO DE HEMATOMA SUBDURAL
06h

| PA | FC | TA | TEMP |
|------|---------|-----|--------|
| 6 H | 132/100 | 64 | 35.6 |
| 12 H | 120/80 | 102 | 36.3 |
| 18 H | 115/96 | 79 | 36.4 |
| 24 H | 130/87 | 87 | 35.9°C |

Plantão noturno
at acamado 100%, realizado
SVU e medicação de horário.

6h pct no leito feito
e medicação cpm SVU
eito sem queixas segue
nos cuidados da enfermeira
e valete com 67000677

Realizado medicação de
horário de acordo com
a prescrição médica, pct
mantém-se REG, VTE e segue
ao cuidados da enfermagem.
Mantém-se nos cuidados
com 986.955.

Tratamento de Feridas –

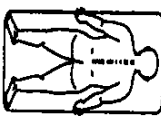
HGR

Atualizada: 12/2018

Paciente: ANDERSON BARBOSA

Leito: 440-3

Data: 02/08/19

| | | | | |
|---|---|--|--|--------------------|
| Localização |   | Região: <u>CABEÇA</u> |   | Região: _____ |
| Etiologia | ☐ LPP ☐ II ☐ III ☐ IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo ☐ ortopedia
☐ Outro: _____ | Grau: I () II (☒) | ☐ LPP ☐ II ☐ III ☐ IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo ☐ ortopedia
☐ Outro: _____ | Grau: I () II () |
| Aparência do Leito | ☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____
☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outro: _____ | | ☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____
☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outro: _____ | |
| Pele Perilesional | ☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosossanguíneo ☐ Seco
☐ Outro: _____ | | ☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosossanguíneo ☐ Seco
☐ Outro: _____ | |
| Quantidade de Exsudato | ☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco | | ☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco | |
| Solução de Limpeza | ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% | | ☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% | |
| Cobertura primária | ☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro: _____ | | ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro: _____ | |
| Troca | ☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h | | ☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h | |
| Profissional que realizou procedimento: | <u>JVCA</u>
Bruna S. Pereira
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 818.356 | | | |
| Observações: | _____

_____ | | | |

110-3

| PACIENTE | | DATA | | HORA | |
|----------|----------|------------|-------------|------|--|
| AGN | ALERGIAS | DATA | 03/ago/2018 | HORA | |
| IDADE | ITEM | PRESCRIÇÃO | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| 21 | | | | | |
| 22 | | | | | |
| 23 | | | | | |
| 24 | | | | | |
| 25 | | | | | |
| 26 | | | | | |
| 27 | | | | | |
| 28 | | | | | |
| 29 | | | | | |
| 30 | | | | | |
| 31 | | | | | |
| 32 | | | | | |
| 33 | | | | | |
| 34 | | | | | |
| 35 | | | | | |
| 36 | | | | | |
| 37 | | | | | |
| 38 | | | | | |
| 39 | | | | | |
| 40 | | | | | |
| 41 | | | | | |
| 42 | | | | | |
| 43 | | | | | |
| 44 | | | | | |
| 45 | | | | | |
| 46 | | | | | |
| 47 | | | | | |
| 48 | | | | | |
| 49 | | | | | |
| 50 | | | | | |
| 51 | | | | | |
| 52 | | | | | |
| 53 | | | | | |
| 54 | | | | | |
| 55 | | | | | |
| 56 | | | | | |
| 57 | | | | | |
| 58 | | | | | |
| 59 | | | | | |
| 60 | | | | | |
| 61 | | | | | |
| 62 | | | | | |
| 63 | | | | | |
| 64 | | | | | |
| 65 | | | | | |
| 66 | | | | | |
| 67 | | | | | |
| 68 | | | | | |
| 69 | | | | | |
| 70 | | | | | |
| 71 | | | | | |
| 72 | | | | | |
| 73 | | | | | |
| 74 | | | | | |
| 75 | | | | | |
| 76 | | | | | |
| 77 | | | | | |
| 78 | | | | | |
| 79 | | | | | |
| 80 | | | | | |
| 81 | | | | | |
| 82 | | | | | |
| 83 | | | | | |
| 84 | | | | | |
| 85 | | | | | |
| 86 | | | | | |
| 87 | | | | | |
| 88 | | | | | |
| 89 | | | | | |
| 90 | | | | | |
| 91 | | | | | |
| 92 | | | | | |
| 93 | | | | | |
| 94 | | | | | |
| 95 | | | | | |
| 96 | | | | | |
| 97 | | | | | |
| 98 | | | | | |
| 99 | | | | | |
| 100 | | | | | |

Dr. Sérgio L. Almeida
Médico Cirurgião
CRM-PR 12.717
RQE-PR 196

| EVOLUÇÃO | PO | TEMPO | TEMPERATURA | |
|----------|--------|-------|-------------|--------|
| 6h | 140x80 | 80 | 20 | 36,1°C |
| 12h | 130x90 | 80 | — | 35,8°C |
| 18h | 120x80 | 78 | — | 36,2°C |
| 24h | 120x80 | 79 | 20 | 36,3°C |

18h paciente no leito
sem queixas, SSVU
sem alterações das
cuidados da enfer-
magem

Keith William de L. Ferreira
Técnica em Enfermagem
COREN-PR 028.656

110-03

SWD
SWD
20 16-04-08
12-08-20-08
SWD
notas
no fun

Dr. Simão Lumière
Neurocirurgião
CRM-RR 1347
RQE-RR 186

{ sem apaulho de PA no setor.

regula.
Gelcivânia da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-298.776

614 114x77 69 36,6
121x74 69 36,5

04 Paciente em repouso no leito. Administrado as medicações
08 conforme horário da prescrição. Sem queixas. T
19

Gelcivânia da C. Lima
Técnica de Enfermagem
COREN-298.776

09/03/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arg: Documentos

110-3

24 H 11884 74 367

07-13h Poriente no leito, h.o.t.t., as 12h verificado SSUV.
Segue cuidados de equipe. Ref

18h. Paciente no leito sem queixas
Adm. medicação com SSUV.
aos cuidados de equipe

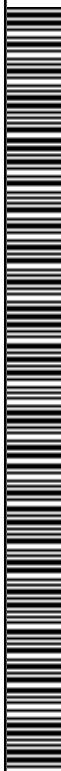
601 - Afecção SSUV. com
as medicações com

Edição Duas
Ex. Farmácia
C. 13/01/2016

Kerany S. Vasconcelos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 1.248.368

1

1



110-3

| | | | | | |
|--|--|---------------------------------------|--------|---|-------------|
|  | | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | |  | |
| | | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | |
| | | SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DN | | | |
| PACIENTE | ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA | | | | |
| AGNÓSTICO | PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL | | | | |
| ALERGIAS | N.D.N | | | | |
| IDADE | | LEITO | 110 -3 | DATA | 06/ago/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA GERAL | | | | |
| 2 | RANITIDINA 50MG IV DE 8/8H | | | | 08:16 |
| 3 | AVS | | | | 08:18 |
| 4 | DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H | | | | 08:18 |
| 5 | PLASIL 10MG IV DE 8/8H SN | | | | 08:18 |
| 6 | SINAIS VITAIS | | | | |
| 7 | CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | |
| PO DE HEMETOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO). CD: Solicitar nova TC-cranio dia 10.08 | | | | | |
| | PA | FC | FR | TEMP | |
| 6 H | 121/63 | 79 | | 35.4°C | |
| 12 H | 13x6 | 69 | - | 36.3°C | |
| 18 H | 120/60 | 83 | | 36.8°C | |
| 24 H | 102/61 | 83 | | 36.5°C | |

11:10 Paciente no leito, m e p.
Verificado SSVV sem alterações.

Adm. med. CPM. PCP n/ queridos, SSVV realizado no período. Tec. Ruineda com N-RR-86640

110-3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | | | |
|--|--|-------|--------|--------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
| SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DN | | | |
| PACIENTE | ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA | | | | |
| AGNÓSTICO | PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL | | | | |
| ALERGIAS | N.D.N | | | | |
| IDADE | | LEITO | 110 -3 | DATA | 08/ago/2019 |
| ÍTEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA GERAL | | | | |
| 2 | RANITIDINA 50MG IV DE 8/8H | | | | |
| 3 | AVS | | | | |
| 4 | DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H | | | | |
| 5 | PLASIL 10MG IV DE 8/8H SN | | | | |
| 6 | SINAIS VITAIS | | | | |
| 7 | CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | | | | | |
| 19 | | | | | |
| 20 | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | |
| PO DE HEMETOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO). CD: Solicitar nova TC-cranio dia 12.08 | | | | | |
| | PA | FC | FR | TEMP | |
| 6 H | Sem aparelho | | | 35.5C | |
| 12 H | 100x70 | 77 | 18 | 36.3°C | |
| 18 H | 120x69 | 71 | | 36.6°C | |
| 24 H | 110x73 | 79 | - | 36.2°C | |

Dr. Silvana Luperi
Neurocirurgia
CRM-RR 12.47
RQE-RR 746

SVS
8:16 AM
MANHA
12:18 AM
SN
MANHA
MANHA

As 12:00h Paciente no Leito, Afido
SSW. segue sem queixas, realiza-
do cuidados de Enfermagem
Rosiene Garayza
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 552.039-TE

Paciente no Leito
sem queixas, feito
as medicações de
horário, não referido
Sinais, (Sem Aparelho).
Seguindo cuidados de enferm.

Alcides Campos
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 159286-TE

DR. MARIO J. SANTACRUZ
Neurocirurgião
CRM-RR 373



110-3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | | | |
|---|--|-------|------|-------------|--|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
| SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DN | | | |
| PACIENTE | ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA | | | | |
| AGNÓSTICO | PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL | | | | |
| ALERGIAS | N.D.N. | | | | |
| IDADE | LEITO | 110-3 | DATA | 12/ago/2019 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA GERAL | | | | |
| 2 | RANITIDINA 50MG IV DE 8/8H | | | | |
| 3 | AVS | | | | |
| 4 | DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H | | | | |
| 5 | PLASIL 10MG IV DE 8/8H SN | | | | |
| 6 | SINAIS VITAIS | | | | |
| 7 | CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | | | |
| 8 | FISIOTERAPIA (ME) | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR | | | | |
| 16 | (SC) CONFORME ESQUEMA: 300-250-2UI-251-300 | | | | |
| 17 | 4UI-301-350-6UI-351-400-8UI-401-450-10UI-451-500 | | | | |
| 18 | GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE < 50% 40 ML EV 4 | | | | |
| 19 | AMISAR PLANTONISTA | | | | |
| 20 | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | |
| PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO). CD: | | | | | |
| Solicitar nova TC-cranio dia 12.08 | | | | | |
| aube com hematomas
nenhuma | | | | | |
| | PA | FC | FR | TEMP | |
| 6 H | 90/60 | 70 | — | 35.6°C | |
| 12 H | 102/75 | 80 | — | 36°C | |
| 18 H | 120/80 | 78 | — | 36.3 | |
| 24 H | 100/66 | 87 | — | 36.6°C | |
| | | | | | DR. MARIO J. SANTACRUZ
Neurocirurgião
CRM-RR 372 |

As 12:00hs. Paciente Calmo no leito realizado SSVV e CCOG. feito
Medicação C.P.M. segue aos cuidados da enfermagem. Tec. Cruz

47

As 15:00 Paciente no leito, edmo
consciente, reequilibrado, admitido
medicações e cuidados de enfermagem. Mãe: Fuz

Neurocirurgião
CRM-RR 372

110-3

DR. MARIO J.L. SANTACRUZ
Neurocirurgião
CRM-RR 373

paciente no leito estávil
administrando as medicações
dos itens 2, e 4. aferido os sinais
vitalis. e segue a ser cuidado do
enfermeiro. Com as fezes
firmeza, presentes nº 703/932

110-3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | | | |
|--|--|-------|--------|------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
| SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | | DN | | |
| PACIENTE | ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA | | | | |
| AGNÓSTIC | PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL | | | | |
| ALERGIAS | N.D.N. | | | | |
| IDADE | | LEITO | 110 -3 | DATA | 14/ago/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA GERAL | | | | |
| 2 | RANITIDINA 50MG IV DE 8/8H | | | | SWD |
| 3 | AVS | | | | 12:16 |
| 4 | DIPIRONA 1 AMP IV DE 6/6H | | | | MAJER |
| 5 | PLASIL 10MG IV DE 8/8H SN | | | | 12:18 |
| 6 | SINAIS VITAIS | | | | SW |
| 7 | CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | | | ROCHA |
| 8 | FISIOTRAPIA | | | | FLAV |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR | | | | |
| 16 | SC - 100 UME ESQUEMA: 100-250-250-250-300 | | | | |
| 17 | 40U-300-350-60U-350-400-80U-2400-40 UME OU | | | | |
| 18 | GLICOSE < 100 MG/DL GLICOSE 50% 40 ML EV | | | | |
| 19 | AVISAR ENTONISTA | | | | |
| 20 | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | |
| PO DE HEMETOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO). CD:
Solicitar nova TC-cranio dia 12.08 nova tc persiste colecao subdural com pequeno pneumoencefalo | | | | | |
| | PA | FC | FR | TEMP | |
| 6 H | | | | | |
| 12 H | 122x72 | 77 | 16 | 36,8 | |
| 18 H | 120x70 | 80 | | 36,4 | |
| 24 H | WT | | | WT | |

12:00h. Afundado SSUV, adm. as med. com.

Dr. Luiz Roberto de Araújo
Téc. de Enfermagem
10/08/2019 14h 50m

18:00 pat no leito sem queixa
afundado os sinais vitais e segue
aos cuidados da Enf. Quis

Dr. MARCELO SANTACRUZ
Neurocirurgião
CRM-RR 373

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | | | |
|---|---|----|--------|------|--|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
| SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DN | | | |
| PACIENTE | ANDERFERSON BARBOSA DA COSTA | | | | |
| AGNÓSTICO | PO CRANIOTOMIA HEMATOMA SUBDURAL | | | | |
| ALERGIAS | N.D.N. | | | | |
| IDADE | LEITO | | 110 -3 | DATA | 15/ago/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA GERAL | | | | SNTS |
| 2 | RANITIDINA 50MG IV DE 8/8H | | | | 14 22 6 |
| 3 | AVS | | | | MANHA |
| 4 | DIPIRONA 1 AMP. IV DE 6/6H | | | | 12 18 PM 6 |
| 5 | PLASIL 10MG IV DE 8/8H SN | | | | 2 |
| 6 | SINAIS VITAIS | | | | 2 |
| 7 | CUIDADOS DE ENFERMAGEM | | | | 2 |
| 8 | FISIOTERAPIA | | | | 2 |
| 9 | RETIRAR PONTOS COURO CABELO | | | | 2 |
| 10 | ALTA HOSPITALAR | | | | 2 |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR | | | | |
| 16 | SOLUÇÃO DE INSULINA REGULAR 100-250-250-300 | | | | |
| 17 | SOLUÇÃO DE INSULINA REGULAR 100-250-250-300 | | | | |
| 18 | SOLUÇÃO DE INSULINA REGULAR 100-250-250-300 | | | | |
| 19 | SOLUÇÃO DE INSULINA REGULAR 100-250-250-300 | | | | |
| 20 | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | |
| PO DE HEMATOMA SUBDURAL CRÔNICO RECIDIVADO (ENCAPSULADO) | | | | | |
| Solicitar nova TC-cranio dia 12.08 nova tc persiste coleção subdural com pequeno pneumoencefalo | | | | | |
| 6 H | PA | FC | FR | TEMP | Dr. Fabrício Freitas de Almeida
Neurocirurgião
CRM-RR 1407 |
| 12 H | | | | | |
| 18 H | | | | | |
| 24 H | | | | | |

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
R. São Eduardo Gomes, S/N
Roraima - Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

15 SET 2019

Certifico e Dou Fé que a presente
é fiel Reprodução Original
que foi apresentado neste Hospital

12/05/2019

D

Alta: 16/05/19

... Laudo Para Solicitação De A. I. H. ...

404-5

| SUS Sistema Único de Saúde | | Ministério da Saúde | | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
|--|--|--------------------------|--|--|--|
| BLOCO D | | | | | |
| Identificação do Estabelecimento de Saúde | | | | 2 - CNES | |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE | | | | 231965-9 | |
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR | | | | | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE | | | | 4 - CNES | |
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR | | | | 231965-9 | |
| Identificação do Paciente | | | | 6 - Nº. DO PRONTUÁRIO | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | | | 00010074 | |
| ANDERFESON BARBOSA DA COSTA | | | | | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | | 9 - SEXO | |
| 700502361247356 | | 14/12/1977 | | 1 - Masculino | |
| 11 - NOME DA MÃE | | 10 - RAÇA / COR | | 10.1 - ETNIA | |
| MARIA DE FATIMA BARBOSA DACOSTA | | PARDA | | | |
| 13 - NOME DO RESPONSÁVEL | | 12 - TELEFONE DE CONTATO | | | |
| ANDERFESON BARBOSA DA COSTA | | (95) 99169-9401 | | | |
| 15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BARRIO) | | 14 - TELEFONE DE CONTATO | | | |
| RUA: CASIMIRO DE ABREU - 97 - - CANARINHO | | (95) 99169-9401 | | | |
| 16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 17 - COD. IBGE MUNICÍPIO | | 18 - UF | |
| BOA VISTA | | 140010 | | RR | |
| | | | | 19 - CEP | |
| | | | | 69.312-272 | |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | | | | | |
| 20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | | | | | |
| Instituição de Radiologia | | | | | |
| 21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO | | | | | |
| Transtorno Circunscrito | | | | | |
| 22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | | | | | |
| RX | | | | | |
| 23 - DIAGNÓSTICO INICIAL | | | | | |
| Instituição de Radiologia | | | | | |
| 24 - CID 10 PRINCIPAL | | | | | |
| 25 - CID 10 SECUNDÁRIO | | | | | |
| 26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS | | | | | |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | | |
| 27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO | | | | | |
| Cirurgia Geral | | | | | |
| 28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | | | | | |
| 29 - CLÍNICA | | | | | |
| CIRURGIA GERAL | | | | | |
| 30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO | | | | | |
| ELETIVO | | | | | |
| 31 - DOCUMENTO | | | | | |
| C. N. S. | | | | | |
| 32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE | | | | | |
| 980016003578306 | | | | | |
| 33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE | | | | | |
| BRUNO FIGUEIREDO DOS SANTOS | | | | | |
| 34 - DATA DA SOLICITAÇÃO | | | | | |
| 12/05/2019 | | | | | |
| 35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | | | |
| Dr. Fernando Regende | | | | | |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | | | | | |
| 36 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO | | | | | |
| 37 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO | | | | | |
| 38 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO | | | | | |
| 39 - CNPJ DA SEGURADORA | | | | | |
| 40 - Nº. DO BILHETE | | | | | |
| 41 - SÉRIE | | | | | |
| 42 - CNPJ DA EMPRESA | | | | | |
| 43 - CNAE DA EMPRESA | | | | | |
| 44 - CHOR | | | | | |
| 45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | | | | | |
| () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO | | | | | |
| AUTORIZAÇÃO | | | | | |
| 46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | | | |
| 47 - COD. ORGÃO EMISSOR | | | | | |
| 52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | | | | | |
| 48 - DOCUMENTO | | | | | |
| 49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | | | | |
| () CNS () CPF | | | | | |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | | | | |
| 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO) | | | | | |
| 0308010019 + 1022 | | | | | |

404-5

| | | | | | |
|---|---|---|-------|---|------------|
|  | | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | |  | |
| | | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | |
| | | Serviço de Ortopedia e Traumatologia | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | |
| PACIENTE | ANDERFESON BARBOSA DA COSTA | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FX RÁDIO DISTAL E | | | | |
| ALERGIAS | | HAS | | DM2 | |
| IDADE | | LEITO | 404-5 | DATA | 13/05/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | SND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | manter |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6h | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | 18:00 |
| 5 | DIPIRONA 2ML EV 6/6 | | | | 18:00 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | | | 22:00 |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8h S/N | | | | |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | |
| 10 | SSV + CCGG 6/6 h | | | | Rotina |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | | | | | |
| 16 | | | | | |
| 17 | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), | | | | |
| 19 | CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; | | | | |
| 20 | 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% | | | | |
| | 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |
| | 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% | | | | |
| | 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

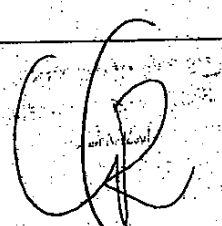
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUITA; MANTIDA

| SINAIS VITAIS | PA | P | R | T |
|---------------|--------|----|----|--------|
| 6 H | | | | |
| 12 H | | | | |
| 17 18 H | 110/65 | 82 | 18 | 35.9°C |
| 24 H | | | | |

6H Deficit de funcionários



13:05 196, pac. no leito,
adms. medicações e aferido
sinais vitais, seguiu aos
cuidados da equipe de enfermagem.

GRACO ALMEIDA
Técnico de Enfermagem
COREN-RN 101.360

Anderferson

4104-5

| | | | |
|--|--|---|-----------------|
|  HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | |  | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DN |
| PACIENTE | ANDERSON BARBOSA DA COSTA | | |
| DIAGNÓSTICO | FX RÁDIO DISTAL E | | |
| ALERGIAS | HAS | DM2 | |
| IDADE | LEITO | 404-5 | DATA 14/05/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | 3ND |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | mant |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | 28/10/12 |
| 5 | DIPIRONA 2ML EV 6/6 | | 18/21/06/12 |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N | | SN |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | 2-06/12 |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | SN |
| 14 | | | |
| 15 | | | |
| 16 | | | |
| 17 | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), | | |
| 19 | CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; | | |
| 20 | 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | |
| | 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | |

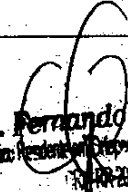
EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

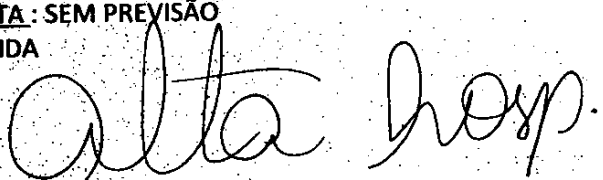
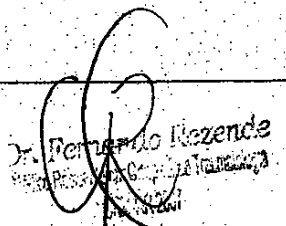
#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
CONDUTA; MANTIDA

| SINAIS VITAIS | | | | |
|---------------|---------|-----|-----|------|
| 6 H | | | | |
| 12 H | 130/110 | 89 | S/R | 36,5 |
| 18 H | 130/91 | 104 | S/R | 36,5 |
| 24 H | 120/78 | 74 | | 36 C |


Dr. Fernando Rezende
 Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
 14/05/2019

| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|--|---|-----------------|-----------------------|--|--|-------|-------|--|--------|--------|--|---------------------------|-----------------------|--|-------|----------------------------------|--|--------|----------|--|---------------------------|-----------------------------|--|----------------------------|------------------|--|---------------------------|--|--|----------------------|---|--|------------------|---------------------|---|
| Bloco: <u>2</u> | Data: <u>14-05-19</u> | Enfermaria: <u>404</u> | Leito: <u>5</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nome Completo: <u>Anderson Barbosa da Costa</u> | DN: <u>1/1</u> | Sexo: <u>() F (X) M</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Hipótese Diagnóstica: <u>Ex nadio Nital E</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Isolamento ou Precaução: <u>() Sim (X) Não</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Alergia: <u>() Sim (X) Não</u> | Qual (is): | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Necessidade de Interpretar: <u>() Sim (X) Não</u> | Qual idioma: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Possui acompanhante: <u>(X) Sim () Não</u> | Obs: | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Deambulação: <u>(X) Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante</u> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMA NEURÓLOGICO
☒ Consciente ☒ Orientado ☐ Desorientado
☐ Sedado ☐ Torposo ☐ Comatoso
☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage | | SISTEMA CARDIOVASCULAR
☒ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: _____
☒ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____
☒ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| PUPILAS
☐ Fotorreagente ☐ Mióticas ☐ Midríaticas
☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes | | ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL
☒ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT
Aceitação da dieta: ☒ Sim ☐ Não ☐ Parcial
Evacuações: ☒ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia
☒ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena
Flatos: ☒ Presente ☐ Ausente | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| REGULAÇÃO TÉRMICA
☒ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico
☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia
☐ Hiperpirexia | | REGULAÇÃO ABDOMINAL
☒ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido
☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico
Ruidos Hidroaéreos: ☒ Presente ☐ Ausente
Visceromegalias: ☐ Sim ☒ Não FO: ☐ Sim ☐ Não | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CARACTERÍSTICAS DA PELE
☒ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada
☒ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hiperacorada
☒ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica
☒ Acianótica ☐ Edema Local: _____
Úlcera por pressão: ☐ Sim ☒ Não
Região: _____ | | SISTEMA URINÁRIO / DIURESE
☒ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria
☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria
☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| SISTEMA RESPIRATÓRIO
☐ Eupneico ☐ Bradipneico ☐ Taquipneico ☐ Dispneico ☒ Ar ambiente ☐ Traqueostomia
Oxigenoterapia: ☐ Sim ☒ Não Qual: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES
Data: <u>13/05/19</u> Trocar em: _____
Cateter Periférico: ☒ Sim ☐ Não Local: <u>MSD</u>
Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____
Sinais de infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☒ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem
Sondas: ☐ Sim ☒ Não ☐ SNG Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____
Dreno de: _____ Data da instalação: _____ Trocar em: _____
Cateter Vesical: ☐ Sim ☒ Não Local: _____
Prótese: ☐ Sim ☒ Não Tipo: _____ | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM
<div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <div> ☐ Deglutição Prejudicada
 ☐ Risco de infecção
 ☐ Risco de nutrição desequilibrada
 ☐ Risco de glicemia instável
 ☐ Risco de desequilíbrio do volume
 ☐ Volume de líquidos excessivo
 ☐ Volume de líquidos deficiente </div> <div> ☐ Padrão respiratório ineficaz
 ☐ Ventilação espontânea prejudicada
 ☐ Mobilidade física prejudicada
 ☐ Risco de integridade da pele prejudicada
 ☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
 ☐ Padrão de sono prejudicado
 ☐ Déficit no autocuidado para Higiene </div> <div> ☐ Risco de Lesão por Pressão
 ☒ Risco de Quedas
 ☐ Risco de Broncoaspiração
 ☐ Eliminação urinária prejudicada
 ☐ Risco de constipação
 ☐ Comunicação deficiente </div> </div> | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Escala de Morse
<table border="1"> <tr> <td>1. Histórico de Queda</td> <td>4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Não 0</td> <td>Não 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sim 25</td> <td>Sim 20</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2. Diagnóstico Secundário</td> <td>5. Marcha/Deambulação</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Não 0</td> <td>Normal/Sem deambulação/Acamado 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sim 15</td> <td>Fraca 10</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3. Auxílio na Deambulação</td> <td>Comprometida/Cambaleante 20</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Nenhum/Acamado/Auxiliado 0</td> <td>6. Estado Mental</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Muleta/Bengala/Andador 15</td> <td>Orientado/limitado/conhece as limitações 0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mobiliário Parede 30</td> <td>Superestima capacidade/Esquece limitação 15</td> <td></td> </tr> <tr> <td>TOTAL: <u>90</u></td> <td>Risco Baixo: 0 - 24</td> <td>Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45</td> </tr> </table> <p>Prescrição para prevenção de queda no verso</p> | | | | 1. Histórico de Queda | 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | | Não 0 | Não 0 | | Sim 25 | Sim 20 | | 2. Diagnóstico Secundário | 5. Marcha/Deambulação | | Não 0 | Normal/Sem deambulação/Acamado 0 | | Sim 15 | Fraca 10 | | 3. Auxílio na Deambulação | Comprometida/Cambaleante 20 | | Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 | 6. Estado Mental | | Muleta/Bengala/Andador 15 | Orientado/limitado/conhece as limitações 0 | | Mobiliário Parede 30 | Superestima capacidade/Esquece limitação 15 | | TOTAL: <u>90</u> | Risco Baixo: 0 - 24 | Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45 |
| 1. Histórico de Queda | 4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não 0 | Não 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim 25 | Sim 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 2. Diagnóstico Secundário | 5. Marcha/Deambulação | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Não 0 | Normal/Sem deambulação/Acamado 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Sim 15 | Fraca 10 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| 3. Auxílio na Deambulação | Comprometida/Cambaleante 20 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Nenhum/Acamado/Auxiliado 0 | 6. Estado Mental | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Muleta/Bengala/Andador 15 | Orientado/limitado/conhece as limitações 0 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Mobiliário Parede 30 | Superestima capacidade/Esquece limitação 15 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TOTAL: <u>90</u> | Risco Baixo: 0 - 24 | Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45 | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

Risco baixo
 Francisco Alencar Rodrigues
 MATEMÁTICA 353.432 - ENF

| GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima | | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | HGR | |
|---|--|--|-------|----|------|------------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | | DN | | | |
| PACIENTE | ANDERSON BARBOSA DA COSTA | | | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FX RÁDIO DISTAL E | | | | | | |
| ALERGIAS | HAS | | DM2 | | | | |
| IDADE | LEITO | | 404-5 | | DATA | 16/05/2019 | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | | | | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | | | | | | |
| 3 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H | | | | | | SUSPENSO |
| 4 | TILATIL 20MG EV 12/12H | | | | | | |
| 5 | DIPIRONA 2ML EV 6/6 | | | | | | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA | | | | | | |
| 7 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N) | | | | | | |
| 8 | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N | | | | | | |
| 9 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N) | | | | | | |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H | | | | | | |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| | | | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | | | |
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES | | | | | | | |
| # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. | | | | | | | |
| # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO | | | | | | | |
| CONDUTA: MANTIDA | | | | | | | |
|  | | | | | | | |
| SINAIS VITAIS | |  | | | | | |
| 6 H | | | | | | | |
| 12 H | | | | | | | |
| 18 H | | | | | | | |
| 24 H | | | | | | | |



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Andressa Barreira da Costa 44 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 12 / 05 / 19, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de fêmur direito

NO DIA 12 / 05 / 19, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
fixação da fratura SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 16 / 05 / 19, ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 16 / 05 / 19, ÀS 14h, COM O
DR. T. J. J. J.

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

Dr. Fernando Rezende
Médico Residente em Ortopedia e Traumatologia
CRP 2467

BOA VISTA, 16 / 05 / 19

MÉDICO

NIR

Transf: 22/08/19

SUS Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

NIR LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE: DR. R

2 - ENDEREÇO: DR. R

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE: DR. R

4 - CNES: DR. R

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE: AN DERESSE BARBOSA DOS SANTOS

6 - N° DO PRONTUÁRIO: 10074

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 7100510236124731516

8 - DATA DE NASCIMENTO: 14/12/14

9 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL: MARIA DE Fátima BARBOSA DOS SANTOS

10 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO): Rua Casimiro de Sousa N. 97 Unas

11 - TELEFONE DE CONTATO: 9599169940

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BOA VISTA

13 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 140010

14 - UF: RN

15 - CEP: 59312272

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: No 15º dia de gravidez, com dor de transição, com febre, com dor no corpo e com dor no braço.

18 - OUTROS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: sem

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): sem

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO: febre

21 - CID 10 PRINCIPAL: R50.9

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: sem

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA: sem

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: sem

28 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

29 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: 2112-12118-1391171

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Melissa da Silva

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 21/8/19

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

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU DOENÇAS EXTERNAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: sem

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: sem

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO: sem

36 - CNPJ DA SEGURADORA:

37 - CNPJ EMPRESA:

38 - CNAE DA EMPRESA:

39 - CBOR:

40 - VINCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

41 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: sem

42 - CÓD. ÓRGÃO EMISSOR: sem

43 - N° DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: sem

44 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

45 - N° DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: sem

46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: sem

47 - ASSINATURA E CARIMBO (N° DO REGISTRO DO CONSELHO): sem

BPA

09/03/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Documentos

Carimbo e Assinatura do Médico



PRESCRIÇÃO MÉDICA - SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA



Adm.

SETOR: PAAR ENFERMARIA: LEITO: DN DI/HGR:

NOME DO PACIENTE: ANOTACIONES QUAISQUIS DO COST

HD: 8 em com de colocação a coluna

DATA/HORA PRESCRIÇÃO HORÁRIO

21-8-19 11:15

21-55 2 S 6.0.9.1. 500 C 20 818

3 Leoticebure 500 20 12/12/24 11:15

4 Digipona 01 20 6164

5 Ploane 01 20 6164 11:15

6 Sinau 01 20 6164

7 Luio 01 20 6164

8 20 6164 11:15

9 Sinau 01 20 6164

10 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

11 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

12 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

13 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

14 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

15 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

16 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

17 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

18 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

19 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

20 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

21 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

22 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

23 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

24 Ceftriaxon 1.2 20 12/12/24

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR | | | |
|---|------------------|--|--|
| Até 200: 0 | 301 - 350: 06 UI | | |
| 201 - 250: 02 UI | 351 - 400: 08 UI | | |
| 251 - 300: 04 UI | > 401: 10 UI | | |
| CH 50% 40 ml EV, em bolus, se Glicemia < 70 mg/dL | | | |

| REGISTRO DE ENFERMAGEM | | | | |
|------------------------|--------|-----|-----|--------|
| SINAIS VITAIS | | | | |
| Horário | 06h | 11h | 17h | 23h |
| PA | 100/60 | | | 130/80 |
| FC | 108 | | | 113 |
| Tax | 36.4°C | | | 36.6 |
| FR | | | | |
| Evacuação | + | | | |
| Diurese | + | | | |
| Dextro | | | | |
| Insulina Regular | | | | |
| SNG | | | | |
| Dreno | | | | |

Assinado por: Dr. Roberto Rodrigues
Técnico em Enfermagem
CRM-PR 1986

PRESCRIÇÃO MÉDICA -- SERVIÇO DE CLÍNICA MÉDICA



| | | | | |
|---|--|--------|-----|---------|
| SETOR: PAAR | ENFERMARIA: | LEITO: | DN: | D/HGR: |
| NOME DO PACIENTE: ANDERSON BARBOSA DA COSTA | | | | |
| DIAGNOSTICO: SIND FEBRIL A/E | | | | |
| DATA/HORA | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 22/08/2019 | 1. DIETA ORAL LIVRE | | | 20:17 |
| | 2. AVP | | | |
| | 3. SF0,9% 500 ML EV DE 12/12 H | | | 22:24 |
| | 4. CLAVULIN 1G EV 8/8H | | | 22:26 |
| D0 | 5. OMEPRAZOL 40 MG VO OU EV PELA MANHA | | | 06 |
| | 6. DIPIRONA 1G EV 6/6HS SN | | | 21:20 |
| | 7. PLASIL 10MG EV 8/8H SE NÁUSEAS OU VÔMITOS | | | 21:20 |
| | 8. CAPTOPRIL 25MG VO SE PA>=160/110MMHG | | | 21:20 |
| | 9. GLICOSE 50% 40ML EV SE DX<=70MG/DL | | | 21:20 |
| | 10.SSVV 6/6H+CCGG | | | 21:20 |
| | 11. TRAMAL 100MG+SF0,9% 100ML IV 8/8HS SN | | | 21:20 |

| ESQUEMA DE INSULINA REGULAR | |
|---|---------------------------------------|
| Até 200: 0 | 301 - 350: 06 UI |
| 201 - 250: 02 UI | 351 - 400: 08 UI |
| 251 - 300: 04 UI | > 401: 10 UI <i>Chamar Plantonisa</i> |
| GH 50% 40 ml EV, em <i>bolus</i> , se Glicemia < 70 mg/dL | |

| REGISTRO DE ENFERMAGEM | | | | |
|------------------------|-----|--------|-----|-----|
| SINAIS VITAIS | | | | |
| Horário | 06h | 11h | 17h | 23h |
| PA | | 150x40 | | |
| FC | | 96 | | |
| Tax | | 36,2c | | |
| FR | | | | |
| Evacuação | | | | |
| Diurese | | | | |
| Dextro | | 132 | | |
| Insulina Regular | | | | |
| SNG | | | | |
| Dreno | | | | |

~~Recebo Roberto B. Santana~~
~~12/03/2012 - 14h 15m~~

Maria Helena L. Silva Chen
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 973.397 TE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE

RETAGUARDA/HLI

Eu, André Luiz Balaz de Lira CPF nº _____

Sou informada que presente Termo de Consentimento Esclarecido tem o objetivo de cumprir o dever ético de informar ao paciente e/ou responsável os principais aspectos relacionados com o(s) Tratamento(s), Assistência Clínica, Medicamento(s) ou Procedimento(s) (exames, cirurgias) ao(s) qual(is) serei submetido, complementando as informações prestadas pelo seu médico e pela equipe de funcionários e prestadores de serviços do Hospital Geral de Roraima-HGR.

Declaro que:

1.) Fui informado que a internação no Hospital de Retaguarda justifica-se pela necessidade de serem mantidos cuidados médico-assistenciais de média complexidade e de curta permanência.
2.) Estou ciente que podem ocorrer eventual necessidade de retransferência para o Hospital Geral de Roraima, caso se faça necessário, tais como:

- Cirurgias pré-agendadas;
- Caso haja alterações clínicas que demandem uma assistência de maior complexidade;
- Complicações clínicas com necessidade de atendimento emergencial;
- Quando decidido pela equipe assistencial;

4.) Declaro estar ciente que para dar continuidade a assistência médica hospitalar necessária estarei sendo transferido para Hospital de Retaguarda:

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clínico e especializado;

6.) Confirmando que recebi explicações, li, compreendo, autorizo e concordo com tudo que me foi esclarecido e que me foi concedido a oportunidade de anular, questionar, alterar qualquer espaço, parágrafo ou palavras com as quais não concordasse.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____

Assinatura do paciente:

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

(Grau de Parentesco: _____)

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

Confirmando que expliquei detalhadamente para o paciente e/ou responsável, ou familiares, o propósito, os riscos, benefícios, e alternativas para o tratamento(s)/ procedimento(s) acima descritos. Acredito que o paciente/ responsável entendeu o que expliquei.

Boa Vista, _____ de _____ de 20 _____ Hora: _____

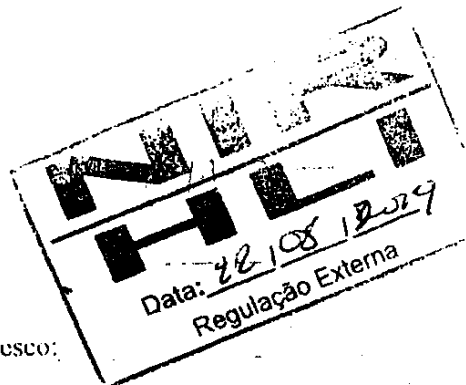
Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Marcelo Roberto B. da Silva
Médico - CRM 1285 RR

CRM _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador





LAUDO MÉDICO PARA EMISSÃO DE AIH

| | | | | | | | |
|---|-----------------------------|---|---|----------------------|-----------------|----------|--|
| HOSPITAL | | 10.074 | | | | | |
| NOME DO PACIENTE
Anderson Barbosa da Costa | | | | | | | |
| ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)
R. Ademário Santos nº 502 - Rumbó | | | | MUNICÍPIO
BU | | UF
RR | |
| CEP | DATA NASCIMENTO
14.12.77 | SEXO:
MASCULINO ☒ FEMININO | CONDIÇÃO:
CONJUGE ☐ FILHO ☐ IRMÃO ☐ OUTROS ☐ | | | | |
| Nº CPF/CI | | Nº REGISTRO DE NASCIMENTO | | PIS/PASEP/Individual | | | |
| NOME DO RESPONSÁVEL
Maria de Fátima Barbosa da Costa | | | | | | | |
| Nº DA C.A.T. | | C.G.C DO EMPREGADOR | | | | | |
| CPF MED. SOLIC
070/0603743 | PROC. SOLICITAD | CART. INT. | DATA EMISSÃO
02.06.08 | CPF. MED. RESP. | ASS. MED. RESP. | | |

LAUDO TÉCNICO E JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

| | | |
|--|---|--|
| PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS
Hérnia Inguinal (D) + umbilical | | |
| CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO
No estado de emergência | | |
| PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICA
Avaliação + Exame físico | | |
| DIAGNÓSTICO INICIAL
Hérnia Inguinal (D) + Umbilical | CLÍNICA
CIRURGIA
1 ☒
PSIQUIATRIA
4 ☐ | OBSTETRÍCIA
2 ☐
TISIOLOGIA
5 ☐
CLÍN. MÉDICA
3 ☐
PEDIATRIA
6 ☐ |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO
Hérnia Inguinal (D) + Umbilical | ASS. E CARIMBO DO MÉDICO SOLICITANTE EXAMINADOR | CRM
88884 |
| | | DATA
02/06/08 |





Governo do Estado de Roraima
"Amazônia: PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM

| DATA/HORA | EVOLUÇÃO |
|----------------------|---|
| * 03/06/08
07:25h | <p>nome: Anderson Costa Gomes.</p> <p>Prima vez início de quadro febre com
de novo quando nota tumefação em região
injetável ①, e irradiação p/ região de tórax
esquerda ②, queixo álgica moderada, que
responde espontaneamente.</p> <p>Nega outros sintomas, nega uso de
de tabaco.</p> <p>AR: sat. sat.</p> <p>ACV: sat. sat.</p> <p>abd: flácido, plano, PNA ③, M 176, com
M 176 de cintura normal</p> <p>(Análise injetável em 176, e mancha
de estase periorbitária de derma injetável injetável
④ + derma umbilical de pequeno tamanho.</p> <p>ed: derma corado</p> <p>neg. uso de medicamentos
controlados.</p> <p>neg. alergia p</p> |
| 04/06/08
7:20h | <p>1º DR Hemofilia, Sanguinário ⑤ a
Lichitose + hemofilia subcutânea. Faz 1 dia
de Kph.</p> <p>No vomito gerando-se de dor local nas feridas</p> |

Dra. Juliana Alfai
Médica Residente
Cirurgia Geral
CRM-BR 1069

Assinatura Responsável
COREN Nº

77



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| | | | | | |
|-------------------------------|---------------------------------|------------------|------------------|--------------------------------|-------|
| NOME DO PACIENTE | | APT° OU LEITO | N° DO PRONTUÁRIO | DATA | |
| Anderson Barbosa da Costa 30ª | | 118-4 | 10.074 | 03/06/108 | |
| CIRURGIA | | | | | |
| TIPO | | | TEMPO DE DURAÇÃO | | |
| Hérnia Inguinal D | | | INÍCIO | FIM | |
| | | | 08:25 | 10:00 | |
| EQUIPE MÉDICA | | | | | |
| CIRURGIÃO | ANESTESISTA | | | | |
| Dr. Gilberto | Dr. Eudes | | | | |
| 1º AUXILIAR | INSTRUMENTADOR | | | | |
| Acid. Camiano | | | | | |
| 2º AUXILIAR | CIRCULANTE | | | | |
| Acid. Bruno | Fábio | | | | |
| TIPO DE ANESTESIA | | TEMPO DE DURAÇÃO | | | |
| Rápid | | | | | |
| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT. | MEDICAMENTOS | VALOR |
| 17 | CATGUT SIMPLES N° | | | HORAS DE OXIGÊNIO | |
| | CATGUT SIMPLES N° 2-0 | | 1 | FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO %cc | |
| | CAT GUT SIMPLES N° 30 | | | FRASCO SORO Ringelmann 500ml | |
| 7 | CAT GUT N° 30 | | | FRASCO SORO GLICOSADO %cc | |
| | CATGUT CROMADO N° | | | FRASCO SORO GLICOSA %cc | |
| | CATGUT CROMADO N° | | | XILOCAÍNA %cc | |
| | CATGUT ATRAUMÁTICO RETO | | 7 | FLAXEDIL | |
| | CATGUT ATRAUMÁTICO CURVO | | | FLUOTHANE | |
| | FIOS DE SEDA N° | | 1 | PENTRANE | |
| | FIOS DE ALGODÃO N° | | | ENTRAME | |
| 100 | MONONYLON COM AGULHA 2.0, 3.0 | | | ÉTER | |
| | MONONYLON SEM AGULHA | | | ATROPINA | |
| 100 | UNIDADES DE GAZE | | | PROSTGMINE | |
| 1 | PARES DE LUVAS N° 7 1/2 / 8 1/2 | | | THIONEMBUTA | |
| | EQUIPOS PARA SORO MACRO | | | MARCAÍNA | |
| | ROLOS DE ESPARADRAPO | | | INOVAL | |
| | DRENOS N° | | | GLICOSE % | |
| | SONDAS N° | | | ÁGUA OXIGENADA | |
| | AGULHAS | | | MERTHIOLATE | |
| 170 | COMPRESSAS | | | MERCÚRIO CROMO | |
| 7 | LÂMINAS PARA BISTURI 20/15 | | 120ml | PURI Topico | |
| 7 | Seringa sul 110ml | | 120ml | Alcool 70% | |
| SOMA | | | SOMA | | |

MATERIAS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE
CIRURGIA - VISTO DOS RESPONSÁVEIS

DEBITAR NA C. C. DO PACIENTE

VALOR

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CHEFE

MATERIAL
MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS

FUNCIONÁRIO/C. C. DO PACIENTE
FEITO O LANÇAMENTO

TAXA DE SALA
TAXA DE ANESTESIA

SOMA

ENVIE ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE

ATENÇÃO EScreva no verso se necessário



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 03/03/2020 O.S. 05

Anderson Cosh Ramos
118-4 Pat 10074

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

1º aUXILIAR:

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Antissepsia e assépsia;
- ② Incisão em T
- ③ Dissecção e remoção do tecido adiposo
- ④ Hemostasia
- ⑤ Lavagem com solução fisiológica
- ⑥ Fechamento com fio tipo Vipro
- ⑦ Hemostasia
- ⑧ Aplicação de gaze
- ⑨ Curativo
- ⑩ Hemostasia
- ⑪ Hemostasia
- ⑫ Curativo
- ⑬ Curativo



GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE

FICHA DE ANESTESIA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

316/08

| AGENTES | N 20 | 15 30 45 | | | | 15 30 45 | | | | 15 30 45 | | | | 15 30 45 | | | |
|------------------|------|-----------------|--|--|--|----------|--|--|--|----------|--|--|--|----------|--|--|--|
| | | 02 | | | | | | | | | | | | | | | |
| LIQUIDOS VENOSOS | | u u | | | | | | | | | | | | | | | |
| DA X | °C | 100 / 100 / 100 | | | | | | | | | | | | | | | |
| ULSO | ● | | | | | | | | | | | | | | | | |
| UNES X | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| OP O | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| TEMP | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| ASPIR A | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| RESP O | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Expon | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Assist | | | | | | | | | | | | | | | | | |
| Contro | | | | | | | | | | | | | | | | | |

SÍMBOLOS

| AGENTES | DOSES | TÉCNICA | ANOTAÇÕES |
|-------------|----------|------------------------------|-----------------|
| A | | | 2 |
| B | | | |
| C | | | |
| D | | | |
| E | | | |
| F | | | |
| G | | | |
| GLICOSE | LIQUIDOS | Cânula - Naso / Oro Faríngea | |
| NDGD | | Naso / Orotraqueal - Cega | |
| SANGUE | | Bal - Tamp - Calibre do Tubo | |
| | | Sob Máscara | |
| | | Dificuldade Técnica | |
| | | TEMPO DE ANESTESIA | |
| TOTAL | | | |
| OPERAÇÃO | | | |
| ANESTESISTA | CÓDIGO | QUIRÓDIO | PERDA SANGÜÍNEA |

Al 70 PRE-ANESTÉSICO

71 08.

| | | | | | | | |
|--|--|---------------|--|---------------------|--|-------------|--|
| Nome: _____ | | Ent: _____ | | Leito: _____ | | Serv: _____ | |
| Sexo: _____ | | Cor: _____ | | Idade: _____ | | Peso: _____ | |
| Alt: _____ | | Classe: _____ | | Data ____/____/____ | | Hora: _____ | |
| Diagn PRÉ-OP: _____ | | | | Patol Assoc.: _____ | | | |
| Circ. Proposta: _____ | | | | | | | |
| Anest. Ant.: _____ | | | | | | | |
| Alergia: _____ | | | | | | | |
| Alcool: _____ Fumo: _____ | | | | | | | |
| DROGAS: (Coticoide, fenotiazinico, hipotensor, narcotráfico, hipnótico,
digitálico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfita,
vasopressor, IMAO, outros) | | | | | | | |
| Estado Mental: _____ | | | | Boca: _____ | | | |
| Pescoco: _____ | | | | Veias: _____ | | | |
| RX: _____ | | | | | | | |
| Feses: _____ | | | | | | | |
| Hepatograma: _____ | | | | | | | |
| Outros: _____ | | | | | | | |
| Parecer Clínico: _____ | | | | | | | |
| PA: _____ | | Pulso: _____ | | Temperatura: _____ | | | |

| | | | |
|----------------------|--------------|--------------------|----------------|
| Sangue: Tipo: _____ | Leuc: _____ | Ht: _____ | Hb: _____ |
| Hm _____ | tc _____ | ts _____ | p. Laço: _____ |
| T. Coag. _____ | Pq. _____ | Uréia _____ | |
| creat. _____ | Glic: _____ | Na: _____ | mEq/l: _____ |
| Cl: _____ | mEq/1k _____ | mEq/1pH _____ | pO2 _____ |
| pCO2 _____ | BA _____ | BB _____ | BS _____ |
| URINA: d _____ | pH _____ | glic. _____ | Alb. _____ |
| Sedim _____ | | | |
| Ap. Gen. Uri. _____ | | | |
| AP. Resp. _____ | | | |
| AP. Circ. _____ | | | |
| AP. Digt. _____ | | | |
| S. Osteo - Art _____ | | | |
| S. Nerv. _____ | | | |
| S. Endoc. _____ | | | |
| | | | |
| Est. Fis(ASA) _____ | | AN. Proposta _____ | |
| NB. _____ | | | |

| Medicação Pré-Ant. | DOSE | VIA | HORA |
|--------------------|------|-----|------|
| | | | |
| | | | |

Assinatura

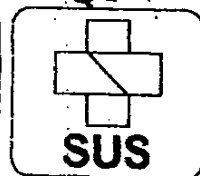
| PÓS-ANESTÉSICO | |
|------------------------------------|------------------------------------|
| NA SALA DE RECUPERAÇÃO | NA ENFERMARIA |
| DATA ____ / ____ / ____ HORA _____ | DATA ____ / ____ / ____ HORA _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| Assinatura | Assinatura |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |
| _____ | _____ |





Prefeitura Municipal de Boa Vista
Secretaria Municipal de Saúde

**LABORATÓRIO
DE ANÁLISES
CLÍNICAS**
Resultado de Exame



Nome do Paciente: **Anderson B. da Costa**

Idade:

Data do Exame: **07/02/08**

| ERITROGRAMA | | | LEUCOGRAMA | | |
|-------------|------------|-----------------------------------|---------------------|--------------|--------------------------------|
| RESULTADO | | V. REFERÊNCIA | RESULTADO | | V. REFERÊNCIA |
| ERITRÓCITOS | | 4.2 a 5.5 milhões/mm ³ | LEUCÓCITOS | 8.300 | 4.300 a 10.000/mm ³ |
| HEMOGLOBINA | | 14.0% a 18.0 g/dl | BASTONETES | | 43 a 1.600/mm ³ |
| HEMATÓCRITO | 47% | 42 a 52% | SEGMENTADOS | 62 | 1032 a 6200/mm ³ |
| VGM | | 82 a 92 fl | LINFÓCITOS | 30 | 860 a 5200/mm ³ |
| HGM | | 27 a 31 pg | EOSINÓFILO | 05 | 0 a 700/mm ³ |
| CHGM | | 32 a 36% | MONÓCITOS | 03 | 86 a 600/mm ³ |
| | | | BASÓFILO | | 0 a 200/mm ³ |
| | | | MIELÓCITOS | | 0 a 0/mm ³ |
| | | | LINFÓCITOS ATÍPICOS | | 0 a 0/mm ³ |
| | | | METAMIELOCITOS | | 0 a 0/mm ³ |

| PESQUISA DE PLASMODIUM | | | |
|------------------------|--|------------|----------|
| Vivas | | Falciparum | Negativo |

| VELOCIDADE DE HEMOSSIDIMENTAÇÃO | | | |
|---------------------------------|--------------|--------------|-----|
| 1ª hora | /mm | 2ª hora | /mm |
| TIPAGEM SANGÜÍNEA E FATOR Rh | | | |
| Grupo Sanguíneo: | () positivo | () negativo | |

| OBSERVAÇÕES: | | | |
|--------------|--|--|--|
| | | | |

| EXAME FÍSICO | | EXAME QUÍMICO | | SEDIMENTO | |
|--------------|-------------------|----------------------|--|--------------------|---------------|
| VOLUME | 40 mL | Pd | | CÉLULAS EPITELIAIS | Raras |
| COR | A. Citrino | (ALBUMINA) PROTEÍNAS | | PLÓCITOS | 03 p/c |
| ASPECTO | límpido | GLICOSE | | HEMÁCIAS | |
| DENSIDADE | 1.020 | CORPOS CITÔNICOS | | FIL. DE MUCO | |
| ODOR | | HEMOGLOBINA | | CILINDROS | |
| REACÇÃO | | ACIDO ASCÓRBICO | | CRISTAIS | |
| | | NITRITO | | BACTERIÚRIA | Raras |
| | | BILIRRUBINA | | OUTROS | |
| | | UROBILINOGENO | | | |

| BIOQUÍMICO (A) | | EXAME PARASITOLÓGICO DE FEZES | |
|----------------|--|-------------------------------|--|
| CISTOS | | | |
| OVOS | | | |

MÉTODO: Hoffmann, Baermann e Faust

| BIOQUÍMICA | | | | | |
|------------------------------|-----------|-----------------------------------|--------------------|-----------|----------------------|
| EXAME | RESULTADO | VALOR DE REFER. | EXAME | RESULTADO | VALOR DE REFER. |
| Glicemia | 72 Mg/dl | De 70 a 110 mg/dl | Fosfatase Alcalina | | 75 a 390 U/l |
| Coolesterol | | De 140 a 200 mg/dl | Gama G.T. | | 6 - 45 U/l |
| Triglicérides | | Inferior a 200 mg/dl | Ferro Sérico | | mg/dl |
| Uréia | 41 Mg/dl | De 20 a 40 mg/dl | LDH | | 200 - 480 U/l |
| Creatinina | 1,0 Mg/dl | De 0,4 a 1,4 mg/dl | CPK - MB | | 0 - 24 U/l |
| Ácido Úrico | | 11 - 15 - 7,7 M - 2,6 - 6,0 mg/dl | Magnésio | | 1,9 a 2,5 mg/dl |
| Proteínas Totais | | 6,5 - 8,3g/dl mg/dl | Cloro | | 1,19 - 1,30m mol/dl |
| Albuminas | | 3,5 - 5,5 mg/dl | Amilase | | 50 - 180 U/dl |
| Relação albumina / Globulina | | mg/dl | Fósforo | | 2,7 - 4,5 mg/dl |
| G.O. | | mg/dl | CPK | | 26 - 189 U/l |
| D.P. | | mg/dl | | | |
| COLESTEROL | | 33 - 65 mg/dl | IMUNOLOGIA | | |
| COLESTEROL | | | | | |
| COLESTEROL | | | | | |
| proteínas | | 130 - 159 mg/dl | Mononucleose | | Negativo ou Positivo |
| Albumina Direta | | 2,3 - 3,3 mg/dl | ASLO | | Até 200 U/l |
| Albumina Indireta | | 0,4 mg/dl | PCR | | Até 6 mg/l |
| Albuminas Totais | | até 0,8 mg/dl | LATEX | | Até 40 U/ml |
| Uria de 24 horas | | 20 a 150 mg/24hs | BHCC | | |
| Totais | | 28 - 106 mg/dl | VDRL | | |
| IMICO (A) | | | | | |

IMCO (A)

Alexandre Manoel



[illegible]

A BLOCO A alta : 15/07/19

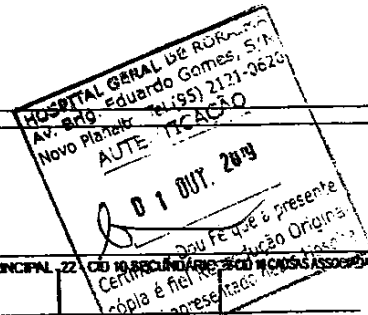
| | | |
|---|---------------------|--|
|  SUS
Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |
|---|---------------------|--|

| | | | | | |
|---|--|--------------------------------------|--|--|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | | 2 - ENDEREÇO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE | |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE | | 4 - CNES | | | |

| | | | |
|---------------------------------------|--|--------------------------|--|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE | | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO | |
| 5 - NOME DO PACIENTE | | 10074 | |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) | | 8 - DATA DE NASCIMENTO | |
| 71010501236112471336 | | 14/12/77 | |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL | | 11 - TELEFONE DE CONTATO | |
| Mama de Fatima Barbosa de Costa | | 959191699401 | |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) | | 14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO | |
| Rua - Cosmário de Abreu 97 Leonarinho | | 15 - UF | |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA | | 16 - CEP | |
| Boa Vista | | 1400101R169312222 | |

| | |
|--|--|
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO | |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS | |
| Hemiparesia e Esquela cerebral
hematomas subdura crânio | |

| | |
|---|--|
| 18 - HISTÓRICO CLÍNICO ANTERIOR À INTERNAÇÃO | |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) | |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO | |
| hematoma subdura crânio | |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL | |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIA | |



| | | | |
|---|----------------------------|-----------------------------|--|
| PROCEDIMENTO SOLICITADO | | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO | |
| Craniectomia de urgência de hematoma | | | |
| 26 - CLÍNICA | 27 - CARTEIR DA INTERNAÇÃO | 28 - DOCUMENTO | 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE |
| | | () CNS () CPF | |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE | | 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | |
| DR. WAGNER SANTANA NEUPHROLOGIA CRM-RR 375 | | 1/1/19 | |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO | | | |

| | |
|--|-----------------------------------|
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS) | |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO | 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TUAJETO |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA | 37 - Nº DO R.R. HETE |
| 38 - SÉRIE | 39 - CNPJ EMPRESA |
| 40 - CNAE DA EMPRESA | 41 - CBOR |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA | |
| () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO | |

| | | | |
|--|--|---|--|
| AUTORIZAÇÃO | | 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR | |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 44 - CDD. ÓRGÃO EMISSOR | |
| 45 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | | 0403010306 | |
| 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO | | 1620 | |
| 47 - ASSINATURA E CARIMBO DO REGISTRO DO CONSELHO | | | |

14/07

Andressa Baulina de Ortiz

Dele hie ate media noite

sem final sobre 12/12

Suave 1/12

28 96

At. Bloco A a Voz

DR. MARIO J. L. SANTACRUZ
Neurologista
CRM-RR 3773

Dr. Odair M. Vaz
Dr. George Geral
CRM-RR 1644

Comunicado N° 12

V-1

28/07
R. A. B. 178
F. C. 77
Quem
R. A. B. 178
Téc. Enfermeira
COREN-RR 90700

- Unintado p/m P1
procedimento cirurgico
amovido p/a neurocirurgia

Sandra Leticia
ENFERMEIRA
COREN-RR 27342



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 12, 07, 19

O.S. _____

Andréferm Barbosa de Costa

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Neuroma subdural cístico a direita

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Hipertensão intracraniana

TIF DE INTERVENÇÃO: Craniectomia e drenagem

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Mário S. J. Santos

1º AUXILIAR: ELV

2º AUXILIAR: _____

INSTRUMENTADORA: _____

3º AUXILIAR: _____

ANESTESIA: João Paulo

ANESTESISTAS: _____

ANESTÉSICO: _____

INÍCIO: _____

FIM: _____

DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- Incisão frontal prot /
- Craniectomia
- hemiotomia
- abertura de duramater
- abertura de capsula
- remoção de volume tumoral
- fechamento por plano

Dr. Mário S. J. Santos
CRM-PR 373



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

| | | | | |
|----------------------------|-----------|--------------|------------------|----------------|
| NOME DO PACIENTE | Idade: 41 | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA |
| Anderson Benedito da Costa | | | 00010074 | 12 / 07 / 2019 |

| CIRURGIA | | TEMPO DE DURAÇÃO | |
|--------------------------------|--------|------------------|-------------|
| TIPO | INICIO | FIM | TEMPO TOTAL |
| Drainagem de Hematoma Subdural | 09:40 | 09:57 | |

| EQUIPE MÉDICA | |
|-----------------------|-----------------|
| CIRURGIÃO | ANESTESISTA: |
| Dr. Manoel Santa Cruz | Dr. Fabiano |
| 1º AUXILIAR | RES. ANESTESIA: |
| | Dr. (Rz) Jozai |
| 2º AUXILIAR | INSTRUMENTADOR |
| | Eva |
| | CIRCULANTE |
| | Jelio e Zefrony |

| | |
|------------------------------|-------------------|
| TIPO DE ANESTESIA: | TEMPO DE DURAÇÃO: |
| Sedação venosa + infiltração | |

| QUANT. | MATERIAIS | VALOR | QUANT | MEDICAMENTOS | VALOR |
|--------|-----------------------------|-------|--------|---------------------------------|-------|
| 12 | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. | | 1 | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml | |
| 12 | PACOTES GAZE | | | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO | |
| 7 | LUVA ESTÉRIL 7.0 | | | FRASCOS- SORO GLICOSADO | |
| 1 | LUVA ESTÉRIL 7.5 | | | FIO VICRYL Nº | |
| 7 | LUVA ESTÉRIL 8.0 | | 1 | FIO MONONYLON Nº 20; 30 | |
| | LUVA ESTÉRIL 8.5 | | | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº | |
| 11 | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS | | | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº | |
| 1 | LÂMINA BISTURI Nº 3; 20 | | 1 | FIO CATGUT SIMPLES Nº | |
| | DRENO DE SUÇÃO Nº | | 7 | FIO CATGUT CROMADO Nº | |
| | DRENO DE TORAX Nº | | | FIO PROLENE Nº | |
| | DRENO DE PENROSE Nº | | 1 | FIO SEDA Nº | |
| 1 | SERINGA 01ML | | | SURGICEL | |
| | SERINGA 03ML | | | CERA P/ OSO | |
| 1 | SERINGA 05 ML | | 100 ml | KIT CATARATA Nº | |
| 1 | SERINGA 10ML | | 100 ml | GEOFOAM | |
| 1 | SERINGA 20ML | | 1 | FITA CARDIACA | |
| 1 | Agulha 40x12 | | 1 | OUTROS: Eletrodo | |

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

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Data: 12/07/19

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2015

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Enfermeiro (a): _____

Yuseob Costa

Hora: 10:18

Data: 12/02/19

[illegible]

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

Validação deste em <https://projudi.tirr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6HV WD389 CSX85 CMNYY



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Paciente: Andréia Barbosa da Costa
No aguardo: Dr. Manoel Santos

ANESTESIA: ASISTOLÓGICA

PACIENTE CONFIRMOU:
☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Anestesiante
☒ Consentimento ☒ Sim () Não

HEMO CIRÚRGICO
☐ Aplicar ☒ Não se aplica

OUTRO IDEMA RECIDADO
☒ Sim () Não () Não se aplica

☒ VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUI:

☒ EXISTÊNCIA DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONFIRMADA

☒ Não () Sim, Qual:

QUA AGRUA DIFICILIDADE DE ASPIRAÇÃO

☒ Não () Sim, e equipamento/assistência disponível

RISCO DE FALTA DE SANGÜINEA > 500 ml

☒ Não

() Sim, e acesso adequado e planejamento
para fluidos

3045

CVH 100

Faci: 12.07.13 Assinatura: _____ Hora: _____

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Jalesma

PAUSAS CIRÚRGICAS (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
() Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

() REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFIAXIA ANTIMICROBIANA FOI
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

() Sim, Alto Jalesma 1g Hora: 09.40

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim
() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO

☒ Sim () Não

2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS
ESTÃO CORRETAS

☒ Sim () Não () Não se aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA
INCLUINDO O NOME DO PACIENTE

() Sim () Não () Não se aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO
PARA SER RESOLVIDO

() Sim ☒ Não

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

☒ Sim () Não () Não se aplica

Rebeca Macedo Costa

Enfermeira
Comp. 08-20/14-05

Assinatura e Carimbo



Governo do Estado de Roraima
Arquiva Fomento dos Brasileiros

102-2

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

20:30h -...admitido do GI das
Unidades da neurocirurgia.

Acordo do, LOTE, ECG:15
suprimento e atendimento em dar

PROJUDI

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | | | |
|--------------------------------|---|-----------------------------|-------|------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
| SERVIÇO DE NEUROCIROURGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | | ##### | DN | | |
| PACIENTE | | ANDERFESON BARBOSA DA COSTA | | | |
| AGNÓSTICO | | POSTOP DE HEMATOMA SUBDURAL | | | |
| ALERGIAS | | N.D.N. | | | |
| IDADE | | LEITO | 102-2 | DATA | 16/jul/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | Dieta oral livre | | | | SN |
| 2 | ACESSO SOROLIZADO | | | | 18h |
| 3 | SF0,9% 500ML EV ACM | | | | ACM |
| 4 | DIPIRONA 1 AMPOLA EV 6/6 H | | | | 18h - 24h |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | CABECEIRA ELEVADA 45° | | | | 18h |
| 11 | DEAMBULAÇÃO | | | | 18h |
| 12 | SINAIS VITAIS 6/6 H | | | | 18h |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | |
| 16 | REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 100-250: | | | | |
| 17 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | |
| 18 | 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 | | | | |
| 19 | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |
| 20 | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | |

SINAIS VITAIS

| Horário | T | P | R | PA |
|---------|--------|----|----|--------|
| 12h | 35,6°C | 79 | 17 | 111/78 |
| 18h | 35°C | 73 | 17 | 106/73 |
| 24h | 35,8°C | 80 | | 110/78 |
| 06h | 36,5°C | 74 | | 115/71 |

Plantão diurno de 13.07.19
07h - 19h Paciente no leito, estável, foi realizado a troca de curso venoso, n. 22 em m50. Foi aferido sinais vitais e adm. medicação conforme prescrição. Tem mais a relaxar, segue as cuidados da enfermagem.

Rosângela A. Delmira
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 683560

14.07.19
06h - Realizado medica-
ção com a aferição SSV
Paciente segue sem
intercorrência e os
cuidados de enfermagem

Arshan D. C. Fischmann
Téc. de Enfermagem
COREN-RR 683560

M
R. MARIO J. SANTACRUZ
Neurocirurgião
CRM-RR 373

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

NOME: _____ LEITO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

| | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| ☐ | HEMOGRAMA COMPLETO | ☐ | FATOR REUMATÓIDE |
| ☐ | URÉIA | ☐ | GASOMETRIA VENOSA |
| ☐ | CREATININA | ☐ | GASOMETRIA ARTERIAL |
| ☐ | GLICEMIA JEJUM | ☐ | LDH |
| ☐ | PCR | ☐ | VDRL |
| ☐ | IONOGRAMA | ☐ | VHS |
| ☐ | COAGULOGRAMA | ☐ | HEMOCULTURA |
| ☐ | TGO | ☐ | EAS |
| ☐ | TGP | ☐ | COLESTEROL TOTAL |
| ☐ | FOSFATASE ALCALINA | ☐ | COLESTEROL HDL TOTAL |
| ☐ | ALBUMINA | ☐ | COLESTEROL LDL |
| ☐ | PROTEÍNAS TOTAIS | ☐ | TRIGLICÉRIDEOS |
| ☐ | CPK | ☐ | BILIRUBINA TOTAL E FRAÇÕES |
| ☐ | CKMB | ☐ | ÁCIDO ÚRICO |
| ☐ | AMILASE | ☐ | LACTATO |
| ☐ | LIPASE | ☐ | MAGNÉSIO |
| ☐ | ak (ESCARRO) | ☐ | CÁLCIO SÉRICO |
| ☐ | UROCULTURA | ☐ | FÓSFORO |
| ☐ | PESQUISA DE PLASMÓDIO | ☐ | |
| ☐ | TIPAGEM SANGÜÍNEA | ☐ | |
| ☐ | TESTE RÁPIDO HEPATITE B | ☐ | |
| ☐ | TESTE RÁPIDO HEPATITE C | ☐ | |
| ☐ | GGT | ☐ | |
| ☐ | ASLO | ☐ | |

DATA

MÉDICO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SOLICITAÇÃO DE EXAMES LABORATORIAIS

NOME: _____ LEITO: _____

DATA DE NASCIMENTO: ____/____/____

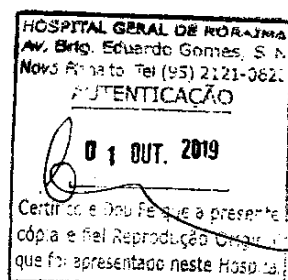
| | | | |
|--------------------------|-------------------------|--------------------------|----------------------------|
| ☐ | HEMOGRAMA COMPLETO | ☐ | FATOR REUMATÓIDE |
| ☐ | URÉIA | ☐ | GASOMETRIA VENOSA |
| ☐ | CREATININA | ☐ | GASOMETRIA ARTERIAL |
| ☐ | GLICEMIA JEJUM | ☐ | LDH |
| ☐ | PCR | ☐ | VDRL |
| ☐ | IONOGRAMA | ☐ | VHS |
| ☐ | COAGULOGRAMA | ☐ | HEMOCULTURA |
| ☐ | TGO | ☐ | EAS |
| ☐ | TGP | ☐ | COLESTEROL TOTAL |
| ☐ | FOSFATASE ALCALINA | ☐ | COLESTEROL HDL TOTAL |
| ☐ | ALBUMINA | ☐ | COLESTEROL LDL |
| ☐ | PROTEÍNAS TOTAIS | ☐ | TRIGLICÉRIDEOS |
| ☐ | CPK | ☐ | BILIRUBINA TOTAL E FRAÇÕES |
| ☐ | CKMB | ☐ | ÁCIDO ÚRICO |
| ☐ | AMILASE | ☐ | LACTATO |
| ☐ | LIPASE | ☐ | MAGNÉSIO |
| ☐ | ak (ESCARRO) | ☐ | CÁLCIO SÉRICO |
| ☐ | UROCULTURA | ☐ | FÓSFORO |
| ☐ | PESQUISA DE PLASMÓDIO | ☐ | |
| ☐ | TIPAGEM SANGÜÍNEA | ☐ | |
| ☐ | TESTE RÁPIDO HEPATITE B | ☐ | |
| ☐ | TESTE RÁPIDO HEPATITE C | ☐ | |
| ☐ | GGT | ☐ | |
| ☐ | ASLO | ☐ | |

DATA

MÉDICO

Alto

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | | | |
|--------------------------------|---|-------|-------|------|-------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | | | | |
| SERVIÇO DE NEUROCIRURGIA | | | | | |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | |
| DATA DE ADMISSÃO | ##### | DN | | | |
| PACIENTE | SEBASTIAO ALVES DE ALMEIDA | | | | |
| AGNÓSTICO | POSTOP DE HEMATOMA SUBDURAL | | | | |
| ALERGIAS | N.D.N. | | | | |
| IDADE | | LEITO | 120-2 | DATA | 15/jul/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | | | | | |
| 2 | ALTA HOSPITALAR | | | | |
| 3 | | | | | |
| 4 | | | | | |
| 5 | | | | | |
| 6 | | | | | |
| 7 | | | | | |
| 8 | | | | | |
| 9 | | | | | |
| 10 | | | | | |
| 11 | | | | | |
| 12 | | | | | |
| 13 | | | | | |
| 14 | | | | | |
| 15 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA | | | | |
| 16 | REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250 | | | | |
| 17 | 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: | | | | |
| 18 | 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 | | | | |
| 19 | ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |
| 20 | | | | | |
| EVOLUÇÃO MÉDICA: | | | | | |





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado da Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308

1ª Classificação/Reclassificação

VERDE

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

Reclassificação

☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901140034 25/07/2019 07:45:24 FICHA DE ATENDIMENTO CLINICA MEDICA DIURNO 07-19 8

Paciente ANDERFESON BARBOSA DA COSTA Data Nascimento 14/12/1977 Idade 41 A 7 M 11 D CNS 700502361247356 CPF 44695152215 Prontuário 00010074

Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Nacionalidade
IDENTIDADE 132939 M PARDA BRASILEIRA

Mãe MARIA DE FATIMA BARBOSA DACOSTA Pai JOSE RODRIGUES DA COSTA Contato (95) 99169-9401

Endereço RUA - CASIMIRO DE ABREU - 97 - CANARINHO - BOA VISTA - RR Ocupação NÃO INFORMADA

Class. de Risco VERDE Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM Caráter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. 36.30 Peso 120 x 80 Pressão

Setor PRONTO ATENDIMENTO Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: CASSIO LIMA

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

PACIENTE SEM QUEIXAS NO MOMENTO. INFORMA QUE SEMPRE A TARDE SENTE MAL ESTAR.

Anamnese de Enfermagem NEGA DM + HAS + ALERGIA MEDICAMENTOSA GSC TOTAL AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h) Paciente comparece com relato de febre espúrio, (refraco) associada e mal estar, cefaleia, e de tosse (entem) que fosse ou queixas urinárias.

Exame Físico Sem alterações no momento
SA: MU (+) Capilares periféricos PE Obolome inocente
SCU: RCR, RS, BRN SPO2 - 95%

Hipótese Diagnóstica S. Febril A/E

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

| PRESCRIÇÃO | APRAZAMENTO | OBSERVAÇÃO |
|------------|-------------|------------|
| / | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

Conduta
☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório
☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)
☐ Alta a Revelia ☐ 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 Carimbo e Assinatura do Médico
Omar José Castilho
CRM/R 1949

Impresso por: jeanes.holanda
Data Hora: 25/07/2019 07:48:04



1901140034



FICHA DE ANESTESIA

121071P

[Handwritten signature]



PRÉ-ANESTÉSICO

| | | | | | | | |
|---|--|---------------|--|--|--|-------------|--|
| Nome: _____ | | Enf: _____ | | Leito: _____ | | Serv: _____ | |
| Sexo: _____ | | Cor: _____ | | Idade: _____ | | Peso: _____ | |
| Alt: _____ | | Classe: _____ | | Data: ____/____/____ | | Hora: _____ | |
| Diagn. Pré-OP: _____ | | | | Patrol Assoc.: _____ | | | |
| Cir. Proposta: _____ | | | | Sangue Tipo: _____ Leuc: _____ Ht: _____ Hb: _____ | | | |
| Anest. Ant: _____ | | | | Hm: _____ lc: _____ ts: _____ p. Lago _____ | | | |
| Alergia: _____ | | | | r. Coag _____ Pq _____ Uréia _____ | | | |
| Alcool: _____ Fumo: _____ | | | | creat _____ Glic _____ Na _____ mEq/l _____ | | | |
| DROGAS: (Corticóide, fenotiazínicos, hipotensor, narcotráfico, hipotico, digitalico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfas, casopressor, IMAO, outros) | | | | Cl _____ mEq/1k _____ mEq/1pH _____ pO2 _____ | | | |
| | | | | pCO2 _____ BA _____ BB _____ BS _____ BE _____ | | | |
| Estado Mental _____ Boca _____ | | | | URINA: d _____ pH _____ glic _____ Alb. _____ | | | |
| Pescoço _____ Veias _____ | | | | Sedim _____ | | | |
| RX _____ | | | | Ap. gen. Uri _____ | | | |
| Feses _____ | | | | AP. Resp. _____ | | | |
| Hepatograma _____ | | | | AP. Circ _____ | | | |
| Outros _____ | | | | AP. Digt _____ | | | |
| Paracer Clínico _____ | | | | S. Osteo - Art _____ | | | |
| PA _____ Pulso _____ Temperatura _____ | | | | S. Nerv _____ | | | |
| | | | | S. Endoc _____ | | | |
| | | | | Est. Fis (ASA) _____ AN. Proposta _____ | | | |
| | | | | NB _____ | | | |
| | | | | Assinatura _____ | | | |

| Medicação Pré - Ant. | DOSE | VIA | HORA |
|----------------------|------|-----|------|
| | | | |
| | | | |
| | | | |

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

| | |
|---|---|
| <p>Data <u>12, 7, 19</u> Hora <u>11:00h</u></p> <p>ALONG 10</p> <p>CO: 10 ALO DO SPT</p> <p style="text-align: right;">AB CMW
10/12</p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> | <p>Data ____/____/____ Hora _____</p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p> </p> <p style="text-align: center;">Assinatura</p> |
|---|---|

Continua: Ao emp. func. BEG, Loto, heuradman
verba esuf

Adto fda cda db brow e perus pbracio a
F.O. 1, 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 840, 841, 842, 843, 844, 845, 846, 847, 848, 849, 850, 851, 852, 853, 854, 855, 856, 857, 858, 859, 860, 861, 862, 863, 864, 865, 866, 867, 868, 869, 870, 871, 872, 873, 874, 875, 876, 877, 878, 879, 880, 881, 882, 883, 884, 885, 886, 887, 888, 889, 890, 891, 892, 893, 894, 895, 896, 897, 898, 899, 900, 901, 902, 903, 904, 905, 906, 907, 908, 909, 910, 911, 912, 913, 914, 915, 916, 917, 918, 919, 920, 921, 922, 923, 924, 925, 926, 927, 928, 929, 930, 931, 932, 933, 934, 935, 936, 937, 938, 939, 940, 941, 942, 943, 944, 945, 946, 947, 948, 949, 950, 951, 952, 953, 954, 955, 956, 957, 958, 959, 960, 961, 962, 963, 964, 965, 966, 967, 968, 969, 970, 971, 972, 973, 974, 975, 976, 977, 978, 979, 980, 981, 982, 983, 984, 985, 986, 987, 988, 989, 990, 991, 992, 993, 994, 995, 996, 997, 998, 999, 1000, 1001, 1002, 1003, 1004, 1005, 1006, 1007, 1008, 1009, 1010, 1011, 1012, 1013, 1014, 1015, 1016, 1017, 1018, 1019, 1020, 1021, 1022, 1023, 1024, 1025, 1026, 1027, 1028, 1029, 1030, 1031, 1032, 1033, 1034, 1035, 1036, 1037, 1038, 1039, 1040, 1041, 1042, 1043, 1044, 1045, 1046, 1047, 1048, 1049, 1050, 1051, 1052, 1053, 1054, 1055, 1056, 1057, 1058, 1059, 1060, 1061, 1062, 1063, 1064, 1065, 1066, 1067, 1068, 1069, 1070, 1071, 1072, 1073, 1074, 1075, 1076, 1077, 1078, 1079, 1080, 1081, 1082, 1083, 1084, 1085, 1086, 1087, 1088, 1089, 1090, 1091, 1092, 1093, 1094, 1095, 1096, 1097, 1098, 1099, 1100, 1101, 1102, 1103, 1104, 1105, 1106, 1107, 1108, 1109, 1110, 1111, 1112, 1113, 1114, 1115, 1116, 1117, 1118, 1119, 1120, 1121, 1122, 1123, 1124, 1125, 1126, 1127, 1128, 1129, 1130, 1131, 1132, 1133, 1134, 1135, 1136, 1137, 1138, 1139, 1140, 1141, 1142, 1143, 1144, 1145, 1146, 1147, 1148, 1149, 1150, 1151, 1152, 1153, 1154, 1155, 1156, 1157, 1158, 1159, 1160, 1161, 1162, 1163, 1164, 1165, 1166, 1167, 1168, 1169, 1170, 1171, 1172, 1173, 1174, 1175, 1176, 1177, 1178, 1179, 1180, 1181, 1182, 1183, 1184, 1185, 1186, 1187, 1188, 1189, 1190, 1191, 1192, 1193, 1194, 1195, 1196, 1197, 1198, 1199, 1200, 1201, 1202, 1203, 1204, 1205, 1206, 1207, 1208, 1209, 1210, 1211, 1212, 1213, 1214, 1215, 1216, 1217, 1218, 1219, 1220, 1221, 1222, 1223, 1224, 1225, 1226, 1227, 1228, 1229, 1230, 1231, 1232, 1233, 1234, 1235, 1236, 1237, 1238, 1239, 1240, 1241, 1242, 1243, 1244, 1245, 1246, 1247, 1248, 1249, 1250, 1251, 1252, 1253, 1254, 1255, 1256, 1257, 1258, 1259, 1260, 1261, 1262, 1263, 1264, 1265, 1266, 1267, 1268, 1269, 1270, 1271, 1272, 1273, 1274, 1275, 1276, 1277, 1278, 1279, 1280, 1281, 1282, 1283, 1284, 1285, 1286, 1287, 1288, 1289, 1290, 1291, 1292, 1293, 1294, 1295, 1296, 1297, 1298, 1299, 1300, 1301, 1302, 1303, 1304, 1305, 1306, 1307, 1308, 1309, 1310, 1311, 1312, 1313, 1314, 1315, 1316, 1317, 1318, 1319, 1320, 1321, 1322, 1323, 1324, 1325, 1326, 1327, 1328, 1329, 1330, 1331, 1332, 1333, 1334, 1335, 1336, 1337, 1338, 1339, 1340, 1341, 1342, 1343, 1344, 1345, 1346, 1347, 1348, 1349, 1350, 1351, 1352, 1353, 1354, 1355, 1356, 1357, 1358, 1359, 1360, 1361, 1362, 1363, 1364, 1365, 1366, 1367, 1368, 1369, 1370, 1371, 1372, 1373, 1374, 1375, 1376, 1377, 1378, 1379, 1380, 1381, 1382, 1383, 1384, 1385, 1386, 1387, 1388, 1389, 1390, 1391, 1392, 1393, 1394, 1395, 1396, 1397, 1398, 1399, 1400, 1401, 1402, 1403, 1404, 1405, 1406, 1407, 1408, 1409, 1410, 1411, 1412, 1413, 1414, 1415, 1416, 1417, 1418, 1419, 1420, 1421, 1422, 1423, 1424, 1425, 1426, 1427, 1428, 1429, 1430, 1431, 1432, 1433, 1434, 1435, 1436, 1437, 1438, 1439, 1440, 1441, 1442, 1443, 1444, 1445, 1446, 1447, 1448, 1449, 1450, 1451, 1452, 1453, 1454, 1455, 1456, 1457, 1458, 1459, 1460, 1461, 1462, 1463, 1464, 1465, 1466, 1467, 1468, 1469, 1470, 1471, 1472, 1473, 1474, 1475, 1476, 1477, 1478, 1479, 1480, 1481, 1482, 1483, 1484, 1485, 1486, 1487, 1488, 1489, 1490, 1491, 1492, 1493, 1494, 1495, 1496, 1497, 1498, 1499, 1500, 1501, 1502, 1503, 1504, 1505, 1506, 1507, 1508, 1509, 1510, 1511, 1512, 1513, 1514, 1515, 1516, 1517, 1518, 1519, 1520, 1521, 1522, 1523, 1524, 1525, 1526, 1527, 1528, 1529, 1530, 1531, 1532, 1533, 1534, 1535, 1536, 1537, 1538, 1539, 1540, 1541, 1542, 1543, 1544, 1545, 1546, 1547, 1548, 1549, 1550, 1551, 1552, 1553, 1554, 1555, 1556, 1557, 1558, 1559, 1560, 1561, 1562, 1563, 1564, 1565, 1566, 1567, 1568, 1569, 1570, 1571, 1572, 1573, 1574, 1575, 1576, 1577, 1578, 1579, 1580, 1581, 1582, 1583, 1584, 1585, 1586, 1587, 1588, 1589, 1590, 1591, 1592, 1593, 1594, 1595, 1596, 1597, 1598, 1599, 1600, 1601, 1602, 1603, 1604, 1605, 1606, 1607, 1608, 1609, 1610, 1611, 1612, 1613, 1614, 1615, 1616, 1617, 1618, 1619, 1620, 1621, 1622, 1623, 1624, 1625, 1626, 1627, 1628, 1629, 1630, 1631, 1632, 1633, 1634, 1635, 1636, 1637, 1638, 1639, 1640, 1641, 1642, 1643, 1644, 1645, 1646, 1647, 1648, 1649, 1650, 1651, 1652, 1653, 1654, 1655, 1656, 1657, 1658, 1659, 1660, 1661, 1662, 1663, 1664, 1665, 1666, 1667, 1668, 1669, 1670, 1671, 1672, 1673, 1674, 1675, 1676, 1677, 1678, 1679, 1680, 1681, 1682, 1683, 1684, 1685, 1686, 1687, 1688, 1689, 1690, 1691, 1692, 1693, 1694, 1695, 1696, 1697, 1698, 1699, 1700, 1701, 1702, 1703, 1704, 1705, 1706, 1707, 1708, 1709, 1710, 1711, 1712, 1713, 1714, 1715, 1716, 1717, 1718, 1719, 1720, 1721, 1722, 1723, 1724, 1725, 1726, 1727, 1728, 1729, 1730, 1731, 1732, 1733, 1734, 1735, 1736, 1737, 1738, 1739, 1740, 1741, 1742, 1743, 1744, 1745, 1746, 1747, 1748, 1749, 1750, 1751, 1752, 1753, 1754, 1755, 1756, 1757, 1758, 1759, 1760, 1761, 1762, 1763, 1764, 1765, 1766, 1767, 1768, 1769, 1770, 1771, 1772, 1773, 1774, 1775, 1776, 1777, 1778, 1779, 1780, 1781, 1782, 1783, 1784, 1785, 1786, 1787, 1788, 1789, 1790, 1791, 1792, 1793, 1794, 1795, 1796, 1797, 1798, 1799, 1800, 1801, 1802, 1803, 1804, 1805, 1806, 1807, 1808, 1809, 1810, 1811, 1812, 1813, 1814, 1815, 1816, 1817, 1818, 1819, 1820, 1821, 1822, 1823, 1824, 1825, 1826, 1827, 1828, 1829, 1830, 1831, 1832, 1833, 1834, 1835, 1836, 1837, 1838, 1839, 1840, 1841, 1842, 1843, 1844, 1845, 1846, 1847, 1848, 1849, 1850, 1851, 1852, 1853, 1854, 1855, 1856, 1857, 1858, 1859, 1860, 1861, 1862, 1863, 1864, 1865, 1866, 1867, 1868, 1869, 1870, 1871, 1872, 1873, 1874, 1875, 1876, 1877, 1878, 1879, 1880, 1881, 1882, 1883, 1884, 1885, 1886, 1887, 1888, 1889, 1890, 1891, 1892, 1893, 1894, 1895, 1896, 1897, 1898, 1899, 1900, 1901, 1902, 1903, 1904, 1905, 1906, 1907, 1908, 1909, 1910, 1911, 1912, 1913, 1914, 1915, 1916, 1917, 1918, 1919, 1920, 1921, 1922, 1923, 1924, 1925, 1926, 1927, 1928, 1929, 1930, 1931, 1932, 1933, 1934, 1935, 1936, 1937, 1938, 1939, 1940, 1941, 1942, 1943, 1944, 1945, 1946, 1947, 1948, 1949, 1950, 1951, 1952, 1953, 1954, 1955, 1956, 1957, 1958, 1959, 1960, 1961, 1962, 1963, 1964, 1965, 1966, 1967, 1968, 1969, 1970, 1971, 1972, 1973, 1974, 1975, 1976, 1977, 1978, 1979, 1980, 1981, 1982, 1983, 1984, 1985, 1986, 1987, 1988, 1989, 1990, 1991, 1992, 1993, 1994, 1995, 1996, 1997, 1998, 1999, 2000, 2001, 2002, 2003, 2004, 2005, 2006, 2007, 2008, 2009, 2010, 2011, 2012, 2013, 2014, 2015, 2016, 2017, 2018, 2019, 2020, 2021, 2022, 2023, 2024, 2025, 2026, 2027, 2028, 2029, 2030, 2031, 2032, 2033, 2034, 2035, 2036, 2037, 2038, 2039, 2040, 2041, 2042, 2043, 2044, 2045, 2046, 2047, 2048, 2049, 2050, 2051, 2052, 2053, 2054, 2055, 2056, 2057, 2058, 2059, 2060, 2061, 2062, 2063, 2064, 2065, 2066, 2067, 2068, 2069, 2070, 2071, 2072, 2073, 2074, 2075, 2076, 2077, 2078, 2079, 2080, 2081, 2082, 2083, 2084, 2085, 2086, 2087, 2088, 2089, 2090, 2091, 2092, 2093, 2094, 2095, 2096, 2097, 2098, 2099, 2100, 2101, 2102, 2103, 2104, 2105, 2106, 2107, 2108, 2109, 2110, 2111, 2112, 2113, 2114, 2115, 2116, 2117, 2118, 2119, 2120, 2121, 2122, 2123, 2124, 2125, 2126, 2127, 2128, 2129, 2130, 2131, 2132, 2133, 2134, 2135, 2136, 2137, 2138, 2139, 2140, 2141, 2142, 2143, 2144, 2145, 2146, 2147, 2148, 2149, 2150, 2151, 2152, 2153, 2154, 2155, 2156, 2157, 2158, 2159, 2160, 2161, 2162, 2163, 2164, 2165, 2166, 2167, 2168, 2169, 2170, 2171, 2172, 2173, 2174, 2175, 2176, 2177, 2178, 2179, 2180, 2181, 2182, 2183, 2184, 2185, 2186, 2187, 2188, 2189, 2190, 2191, 2192, 2193, 2194, 2195, 2196, 2197, 2198, 2199, 2200, 2201, 2202, 2203, 2204, 2205, 2206, 2

604-5



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Audonice Barroso da Costa, 62 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 12 / 05 / 19, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura de Rádio Ulnar

NO DIA - / - / -, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
nao m apara SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA ____ / ____ / ____, AS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 23 / 05 / 19, AS 14.00, COM O
DR. T. Duran

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. _____

BOA VISTA, 16 / 05 / 19

Dr. Fernando Rezende
Médico Responsável
MÉDICO



Dr. Ilderson P. Silva

Ortopedia e Traumatologia

CLINICA SAÚDE e VIDA

LAUDO MÉDICO

Anderferson Barbosa da Costa, 41 anos, RG 132939 SSP/RR Trauma
07/04/2019; fratura luxação de antebraço esquerdo + rádio distal + 2° e 3°
metacarpo esquerdo; CID 10 S-51.7 S 52.5

Realizou cirurgia osteossíntese ossos antebraço com placa DCP no HGR
+ fixador de colles no dia 07/04/2019. Dia 25/05/2019 realizou cirurgia (privado),
de osteotomia + osteossíntese de fratura luxação radio distal + 2° e 3°
metacarpo + retirada de fixador externo de colles.

Cirurgia de aproximadamente três (03) horas, duração do tempo de
internação de 2 dias; a não realização da cirurgia acarretaria em sequela a
medida que não fosse realizada a cada dia, ressaltando que no SUS não estava
sendo viável a realização deste procedimento porque não possuía material no
centro cirúrgico do único hospital que realiza este tipo de cirurgia. Tendo em
vista que a espera pelo TFD(tratamento fora de domicílio) não oferecia
benefícios ao paciente devido a tempo/demora de meses, acarretando na
probabilidade de sequelas.

Paciente hoje com fio de K sob 2° e 3° metacarpo e radio distal.
Necessitará de nova cirurgia para retirada de fio + artrolise.

ORÇAMENTO:

Valor da cirurgia 40.000,00 – incluindo 02 cirurgiões ortopedista e 01
anestesista, 1 instrumentador, material da cirurgia, valor da estadia no hospital,
exames pré operatórios.

Boa Vista – RR 05 de Junho de 2019

Dr. ILDERSON P. SILVA
CRM/RR 1733 RQE 676

Centro de Especialidades Médicas Rua Alfredo Cruz, 687 –Centro – Boa Vista/RR
Contato 3624-2494 / 99120-1467 / 98100-9189

Dr. Ilderson P. Silva
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1733 RQE 676



Dr. Ilderson P. Silva

Ortopedia e Traumatologia

CLINICA SAÚDE e VIDA

LAUDO

Anderferson Barbosa da Costa, 41 anos, RG 132939 SSP/RR Trauma
107/04/2019; fratura luxação rádio distal + ossos do antebraço + fratura 2° e 3°
metacarpo esquerdo; CID 10 S-52.5 S-52.6 S 52.4 S 62.3.

Necessita de cirurgia (osteotomia + osteossíntese de fratura luxação rádio
distal + retirada de fixador externo de colles do antebraço), com uso da placa
volar rádio distal e/ou fio K, Cirurgia de aproximadamente duas (02) horas,
duração provável do tempo de internação de aproximadamente 2 dias; a não
realização da cirurgia acarretará em sequela a medida que não é realizada a
cada dia, ressaltando ainda sob o risco de infecções hospitalar em paciente, ressaltando
que no SUS está inviável a realização deste procedimento porque não possui
material no centro cirúrgico do único hospital que realiza este tipo de cirurgia.

Tendo em vista que a espera pelo TFD (tratamento fora de domicílio) não
oferece benefícios ao paciente devido a tempo/demora de meses, acarretando
na probabilidade de sequelas.

Paciente hoje ainda com luxação mais sinais de consolidação viciosa,



Documentos necessários para o ingresso com ação judicial com pedido de realização de cirurgia:

- **Laudo médico recente, necessariamente do SUS, especificando a doença, no caso a fratura, e a necessidade da realização da cirurgia, sendo especificado o nome da cirurgia, a urgência e as possíveis complicações caso a cirurgia não seja realizada ou demore muito para acontecer.** Também deve constar no laudo médico se existe a necessidade de utilização de equipamentos específicos na cirurgia como, por exemplo, arco cirúrgico (aparelho de imagem), placas e parafusos e etc. Se possível no laudo médico pode constar a impossibilidade da realização da cirurgia no SUS;
- **2 (dois) Orçamentos dos Hospitais para a realização da cirurgia** (Unimed, Lotty) especificando os custos de aparelhos especiais necessários com por exemplo arco cirúrgico (aparelhos de hemodinâmica/intensificador de imagem);
- **Pelo menos 2 (dois) orçamentos das equipes médicas com custo da realização da cirurgia;**
- **3 (três) Orçamentos dos materiais necessários, por exemplo placas e parafusos;**
- **Comprovante de conta bancária, especificamente no nome da paciente;**
- **Documentos pessoais, identidade, comprovante de residência;**



PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA

OUTORGANTE(S):

ANDERFESON BARBOSA DA COSTA, brasileiro, casado, autônomo, portador da Cédula de Identidade nº 132939 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 446.951.522-15, residente e domiciliado na Rua Casemiro de Abreu, nº 97, Bairro: Canarinho, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

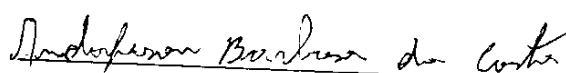
OUTORGADO(S):

LILIANE RAQUEL DE MELO CERVEIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº 639, com escritório na Avenida Getúlio Vargas, nº 7887, Bairro São Vicente, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.

PODERES:

A quem confere os poderes da cláusula ad judicium et extra para, agindo em conjunto ou individualmente, independentemente da ordem de nomeação, representar o Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como promover umas e outras até final decisão, interpondo recursos, recebendo e dando quitação; exigir, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos; reconhecer a procedência de pedidos; renunciar ao direito sobre o que se fundamente qualquer ação; habilitar em precatório; oferecer representação criminal e queixa-crime, requerer, levantar e receber alvarás de quaisquer espécies, enfim, todos os atos indispensáveis ao fim a que se destina este mandato, que poderá ser substabelecido no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até final liquidação de sentença.

Boa Vista-RR, 17 de Dezembro de 2019.



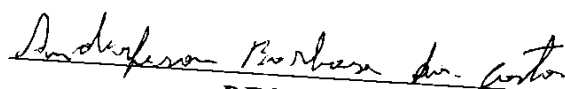
OUTORGANTE

DECLARAÇÃO

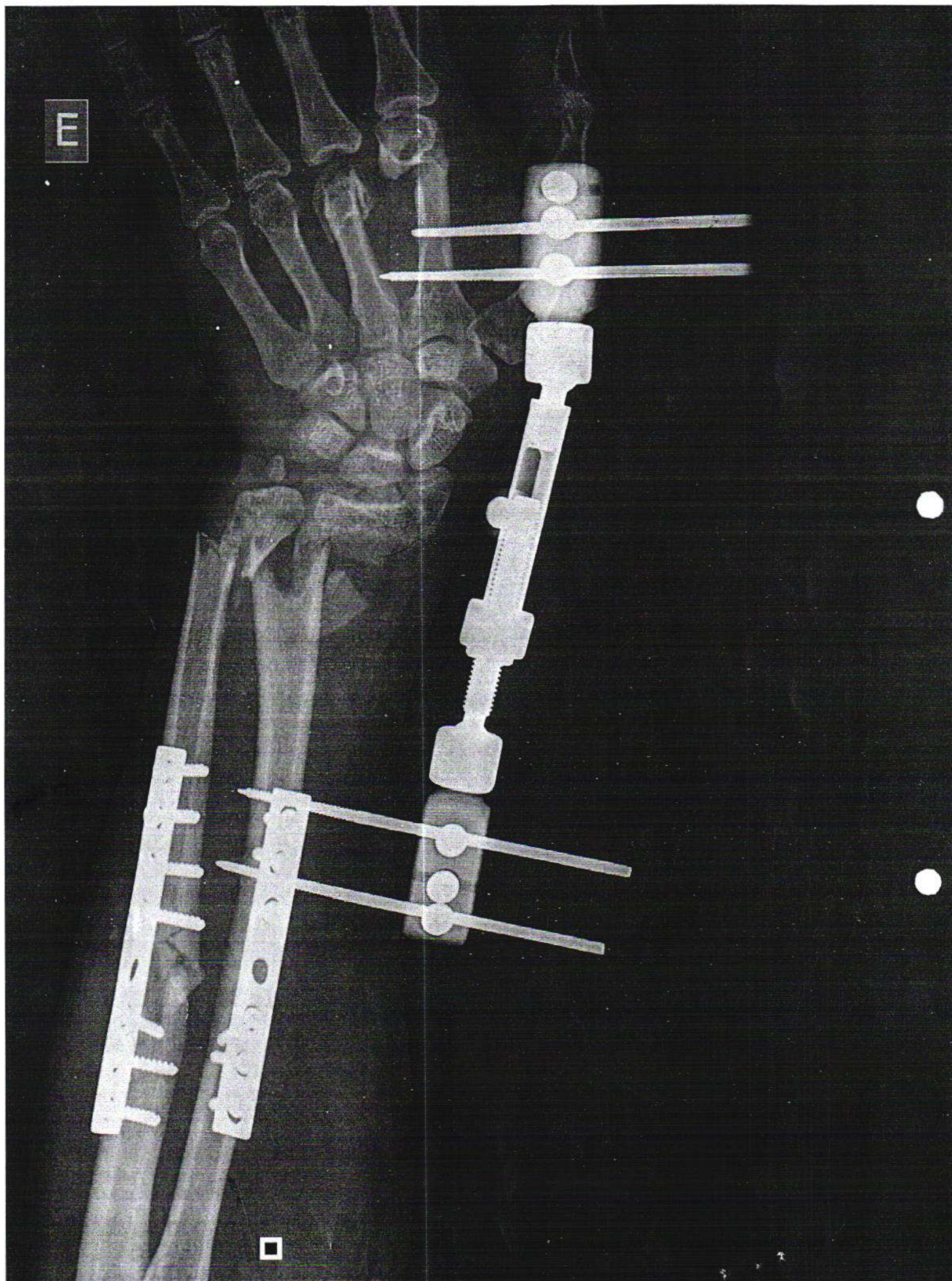
ANDERFSON BARBOSA DA COSTA, brasileiro, casado, autônomo, portador da Cédula de Identidade nº 132939 SSP/RR, inscrito no CPF sob o nº 446.951.522-15, residente e domiciliado na Rua Casemiro de Abreu, nº 97, Bairro: Canarinho, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima. **DECLARA** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

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

Boa Vista-RR, 17 de Dezembro de 2019.


DECLARANTE





ANDERFERSON BARBOSA COSTA 4754

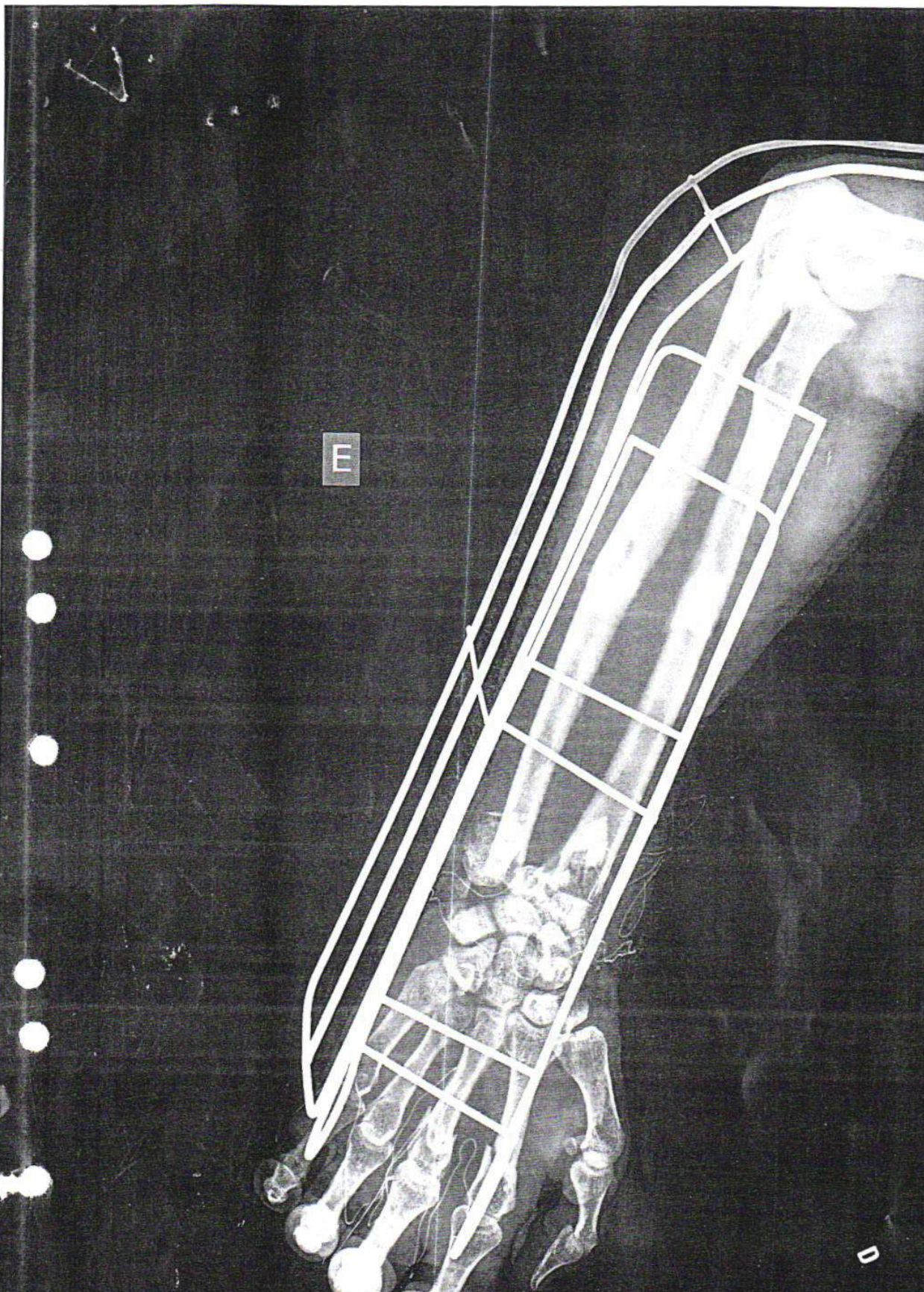
HOSPITAL CORONEL MOTA

10/05/2019

Francineide

80,4 %





ANDERFSON BARBOSA DA COSTA
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

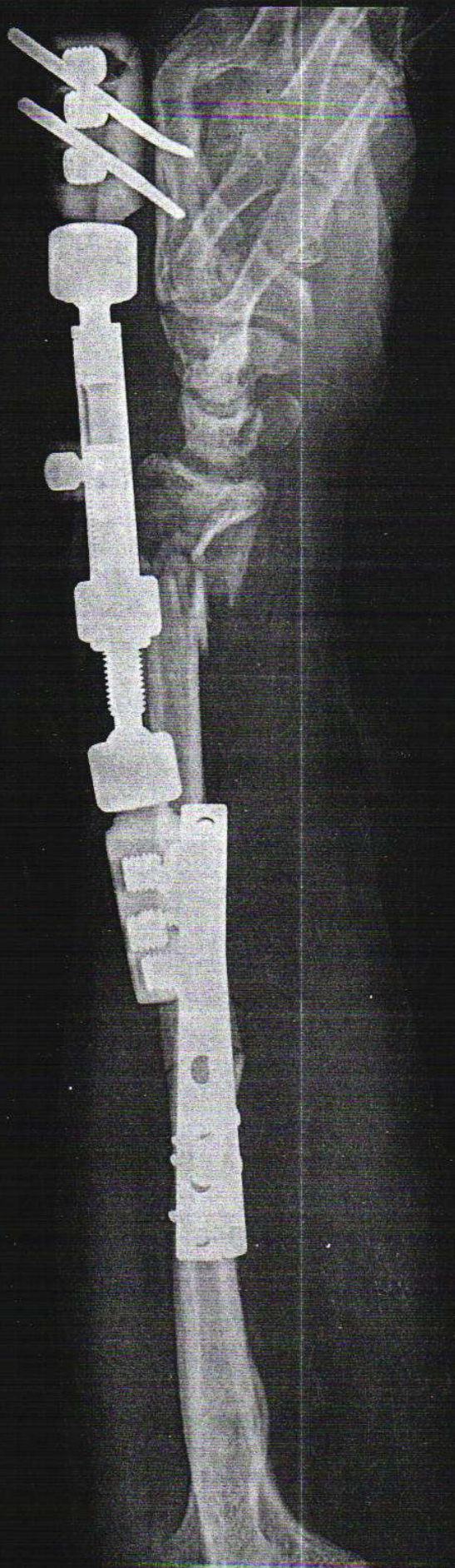
RCP GT

7/4/2019 13:54:44

64,3 %



E



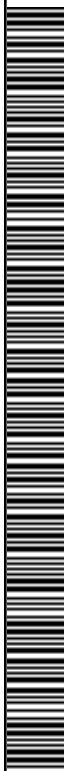
ANDERFERSON BARBOSA COSTA 4754

HOSPITAL CORONEL MOTA

10/05/2019

Francineide

74,4 %



E



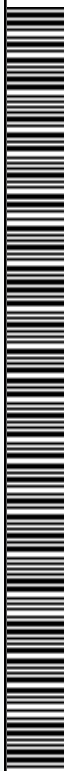
ANDERFESON BARBOSA DA COSTA6880

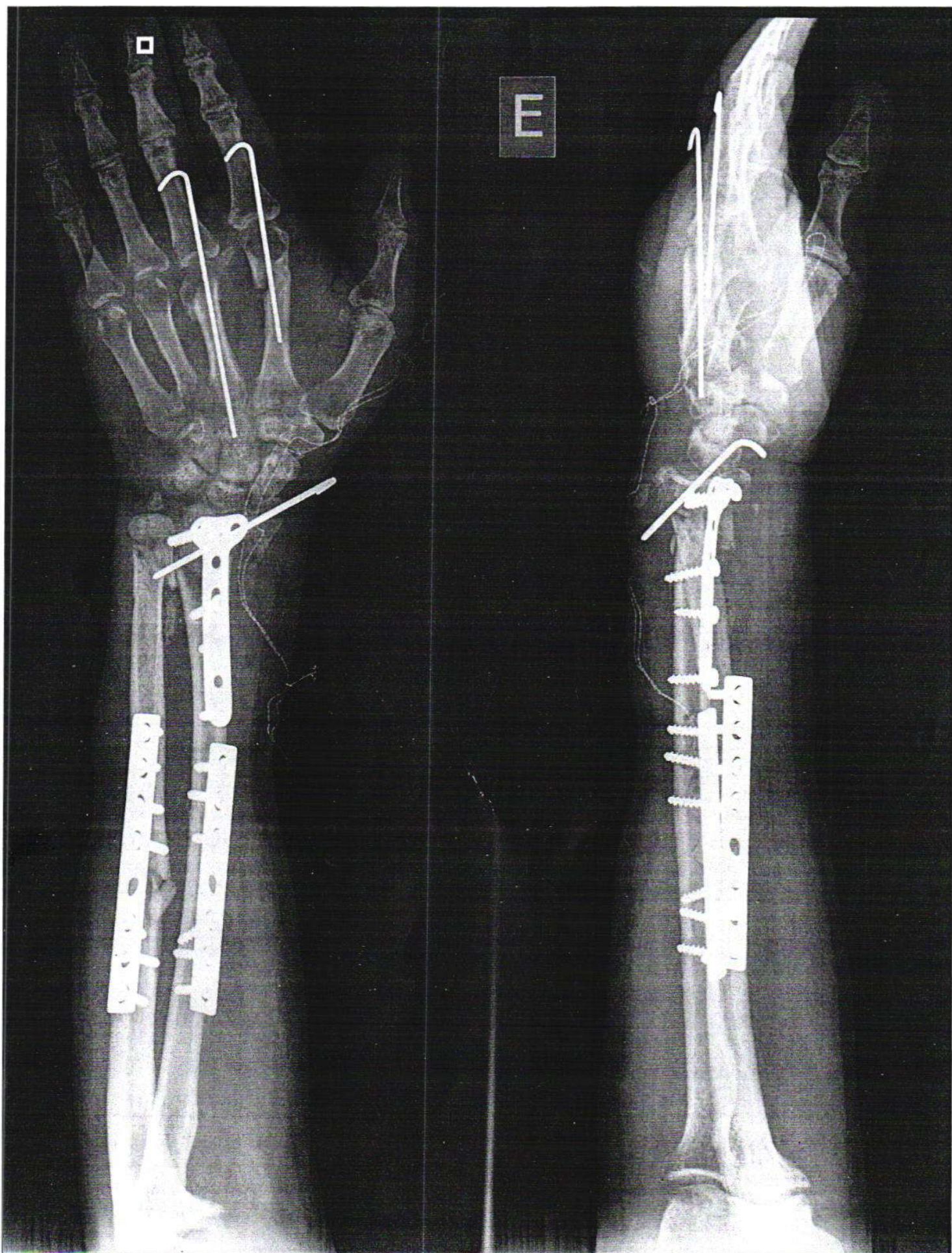
HOSPITAL CORONEL MOTA

27/06/2019

Francineide

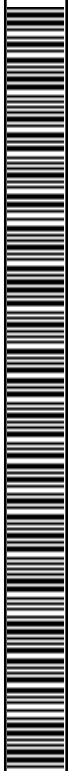
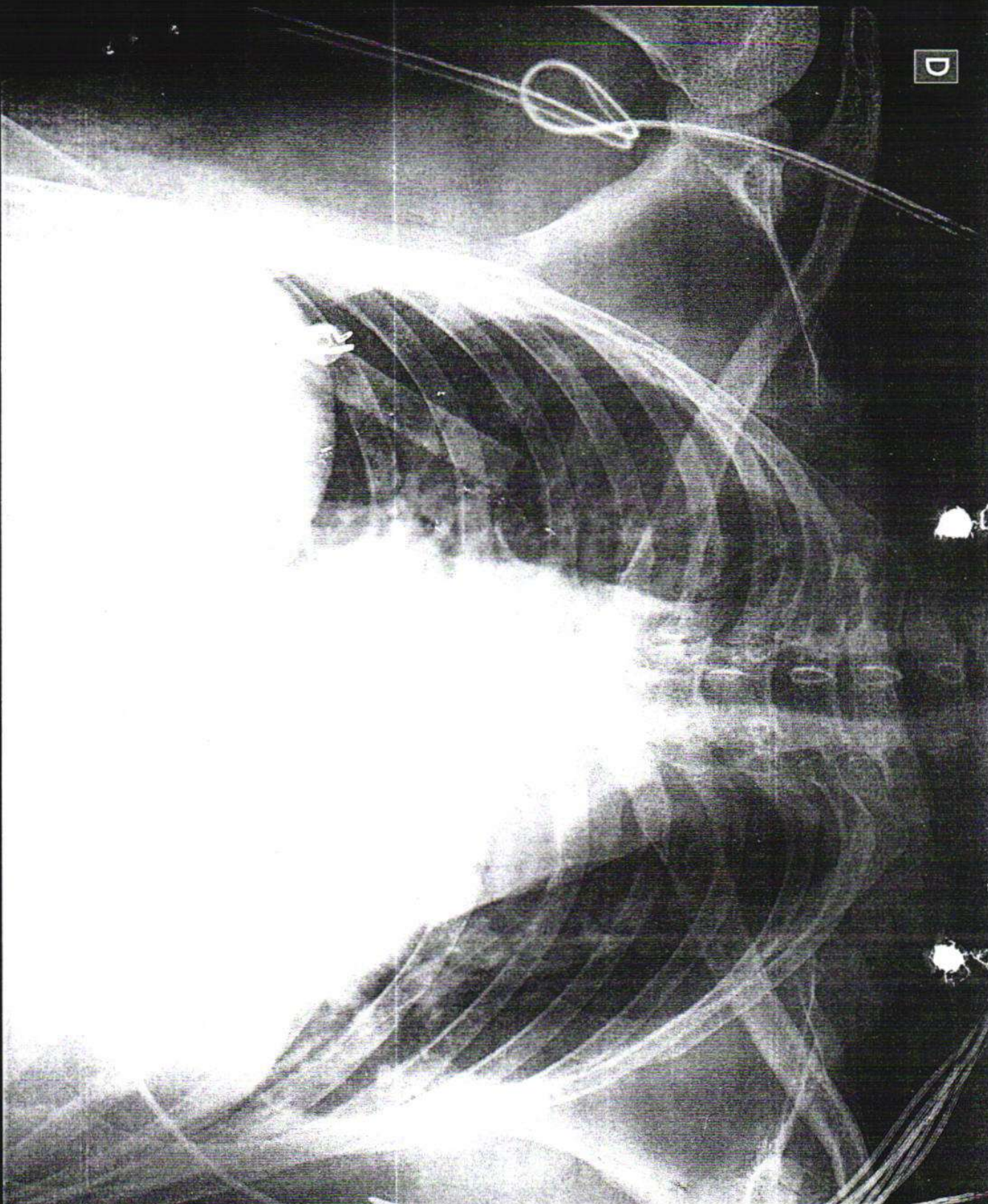
67,7 %

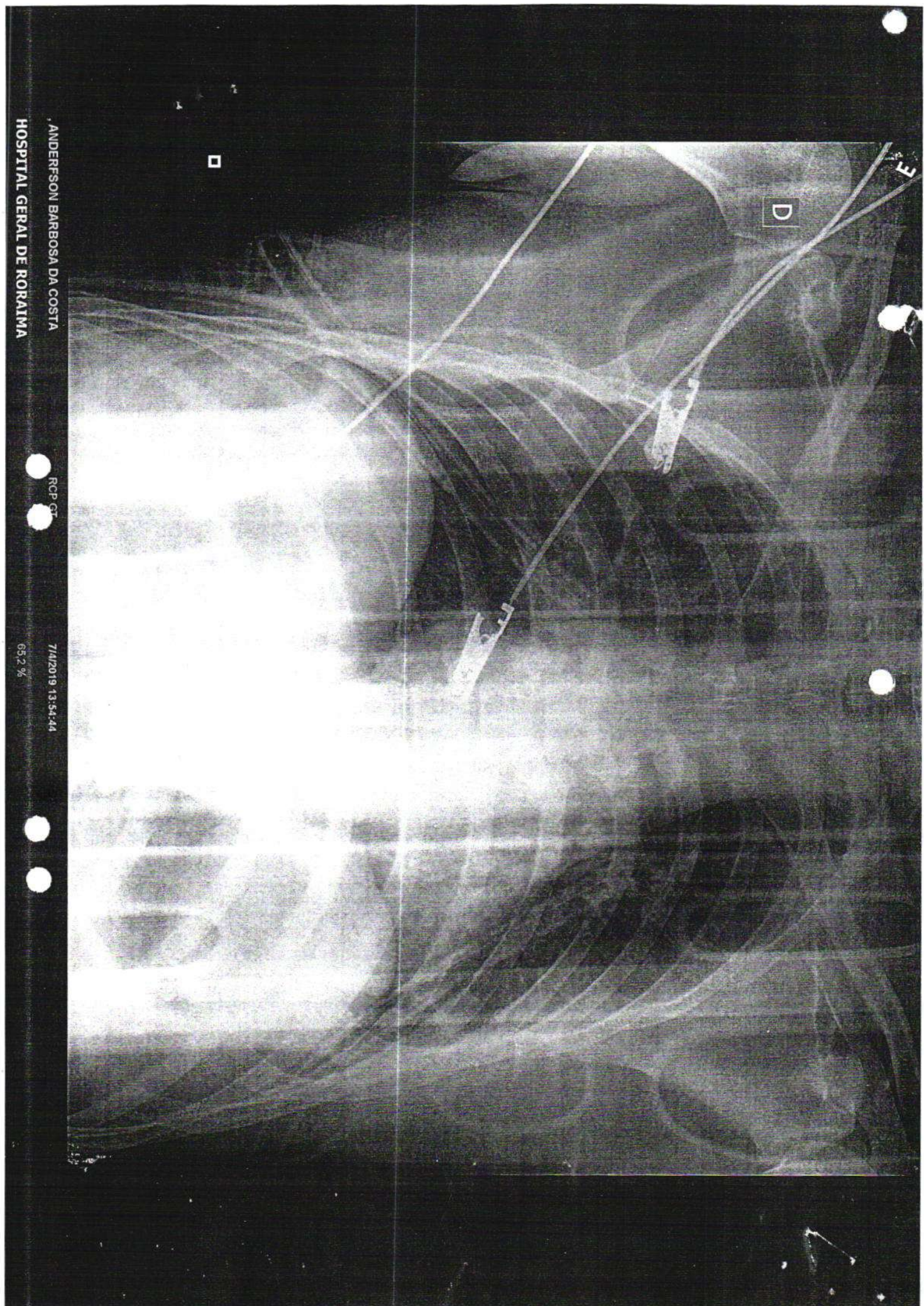




ANDERSON BARBOSA COSTA,
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

GT AMARELA 2
DR DORILENE ED FRANCIENE
57,5 %
9/4/2019 16:41:14





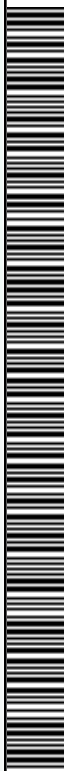
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

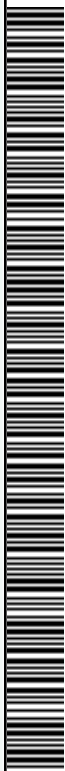
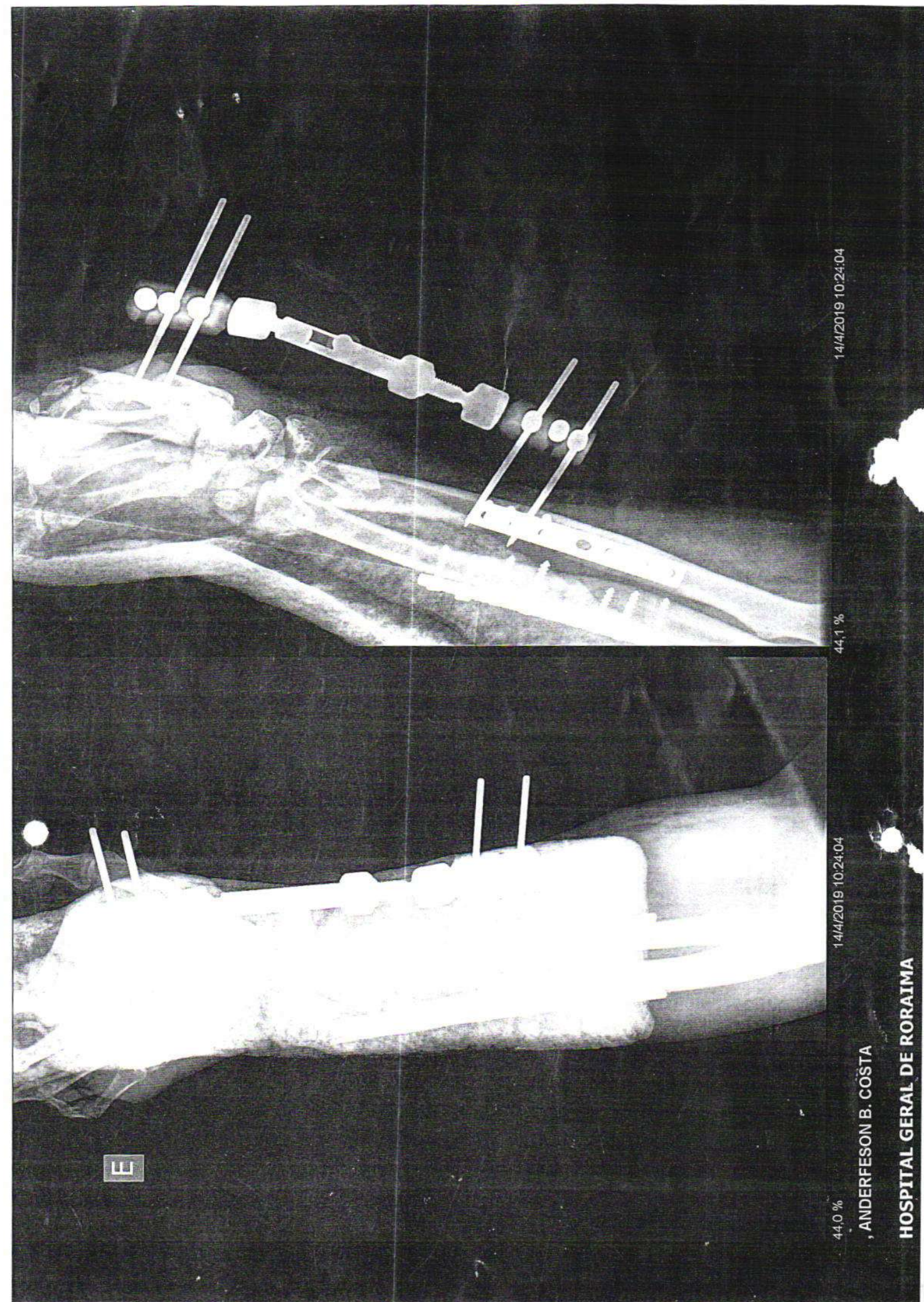
, ANDERFSOM BARBOSA DA COSTA

RCP GT

7/4/2019 13:54:44

65,2 %

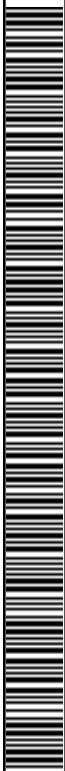




Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ6CZ 4DXHL 6U4



| | | | |
|---------------------------------------|---|-------------------------------|-------------------|
| REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL | | MINISTÉRIO DAS CIDADES | |
| DETRAN - RR | CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEÍCULO | Nº 01885409816 | EXERCÍCIO
2017 |
| VIA | CON RENAVAM | RNTRC | |
| 01 | 00964256053 | | |
| BERNARDO DA ROCHA SANTOS | | RR | |
| 498.882.853-00 | CPF/CNPJ | 0XU0533 | PLACA |
| PLACA ANT / UF | CHASSI | CORBUSTIVEL | |
| | JH2SC57907M301671 | GASOLINA | |
| I/HONDA CBK 1000 RR | MARCA | ANO FABR | ANO MOD |
| 2P/0998CC/ | CAP / POT / cil | CATEGORIA | COR PREDOMINANTE |
| | PARTICU | VERMELHA | |
| 1 | *XPAGD* | VENÇ./COTAS | |
| P | | 1 ***** | |
| V | **PAQD COTA UNICA** | 2 ***** | |
| A | | 3 ***** | |
| PREMIO TAFARIÃO (RS) | | PREMIO TRAL (RS) | |
| R\$0,0 | | R\$185,3 | |
| SEM RESERVA DE DOMÍNIO | | RECEBI | |
| ARR * | | 00164670 | |
| Luiz Eduardo Silva de Castilho | | | |
| Diretor Presidente-Interino | | | |
| BDA VISTA-RR | LOCAL DETRAN-RR | 25/05/2017 | |

[illegible]



CNPJ: 05.939.407/0001-15
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 20.053.028-3
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP: 69.396-610

Matrícula:

226963

Agosto/2019

0800 280 9520
CAER

Dados do Cliente:

MARIA DE FÁTIMA B DA COSTA

Endereço para entrega:

RUA ADEMARIO SANTOS, ALM. 587 - CAMBÉ B
04 VISTA RR 69012-168

Inscrição

001.014.046.0318.000

Rota

5

Seq. Rota

2202

Quantidade de Economias

Hidrometro

Data de instalação

Situação Água

LIGADO

Situação Esgoto

POTENCIAL

ANTERIOR | ATUAL | CONSUMO (m3)

NUM DE DIAS

LEITURA FAT.

10

0

LEITURA INF.

DT. LEITURA

ULTIMOS CONSUMOS

| Qualidade de Água Distribuída ao Consumidor | | | | | |
|---|------|-------------|-------|------------|-----|
| Informações das Amostras Realizadas no Rede de Distribuição | | | | | |
| DECRETO FEDERAL N.º 5440, 2005 Q.M | | | | | |
| 201907 | 10-0 | | | | |
| 201906 | 10-0 | | | | |
| 201905 | 10-0 | | | | |
| 201904 | 10-0 | | | | |
| 201903 | 10-0 | | | | |
| 201902 | 10-0 | | | | |
| MEDIA | 10 | | | | |
| | | APROXIMAS | CLORO | TURBIDIDEZ | COR |
| | | EXIGIDAS | 180 | 180 | 180 |
| | | ATUALIZADAS | 200 | 200 | 200 |
| | | CONFORMES | 200 | 200 | 200 |

DESCRICAO

CONSUMO TOTAL (R\$)

ÁGUA

RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S)

CONSUMO DE ÁGUA

10 M3

23,83

IMPRESSO EM: 19/08/2019 08:13:34

MINISTÉRIO DA ECONOMIA

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

EXERCÍCIO 2019

ANO-CALENDÁRIO 2018

RECIBO DE ENTREGA DA DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL - OPÇÃO PELAS DEDUÇÕES LEGAIS
DECLARAÇÃO ORIGINAL

IDENTIFICAÇÃO DO DECLARANTE

| | | | | |
|-------------------------------------|---|------------------------|-------------|----------|
| CPF do declarante
446.951.522-15 | Nome do declarante
ANDERFESON BARBOSA DA COSTA | | | Telefone |
| Endereço
RUA PEDRO TEIXEIRA | | Número
1155 | Complemento | |
| Bairro/Distrito
APARECIDA | CEP
69306-355 | Município
BOA VISTA | | UF
RR |

| | | |
|--|--|--------------------|
| | | (Valores em Reais) |
| TOTAL RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS | | 0,00 |
| IMPOSTO DEVIDO | | 0,00 |
| IMPOSTO A RESTITUIR | | 0,00 |
| SALDO DO IMPOSTO A PAGAR | | 0,00 |
| IMPOSTO A PAGAR
GANHO DE CAPITAL - MOEDA EM ESPÉCIE | | 0,00 |

**Declaração recebida via Internet JV
pelo Agente Receptor SERPRO
em 30/04/2019 às 12:29:44
2804432653**

2804432653



MINISTÉRIO DA ECONOMIA

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

SECRETARIA ESPECIAL DA RECEITA FEDERAL DO BRASIL

EXERCÍCIO 2019

ANO-CALENDÁRIO 2018

Sr(a) ANDERFESON BARBOSA DA COSTA, inscrito no CPF sob o nº 446.951.522-15.

O NÚMERO DO RECIBO de sua declaração apresentada em 30/04/2019, às 12:29:44, é:

33.49.71.68.00 - 95

Este número é de uso pessoal e NÃO deve ser fornecido a terceiros. Ele é obrigatório para:

- retificar esta declaração;
- gerar um código de acesso para obter informações e realizar serviços disponíveis na página da Secretaria Especial da Receita Federal do Brasil na Internet, tais como:
 - Meu Imposto de Renda (Extrato da DIRPF):
 - informação da situação do processamento;
 - apresentação de eventuais pendências e orientações sobre como resolvê-las;
 - alteração ou cancelamento de débito automático das quotas;
 - exibição de quotas do imposto em atraso e emissões dos Documentos de Arrecadação de Receitas Federais (Darf) atualizados.
 - Situação Fiscal:
 - Informação de eventuais pendências, inclusive as relativas à Dívida Ativa da União, e orientação sobre como regularizá-las.

Atenção: Guarde este número para informá-lo na declaração do exercício de 2020, no campo "número do recibo da declaração do ano anterior".

Informações sobre a Impressão do Darf

O programa da Declaração de Ajuste Anual do Imposto sobre a Renda da Pessoa Física permite a impressão do Darf para pagamento de todas as quotas, inclusive as em atraso. O Darf será impresso acrescido de juros equivalentes à taxa referencial do Sistema Especial de Liquidação e Custódia (Selic), para títulos federais, acumulada mensalmente, calculados a partir de 01/05/2019 até o mês anterior ao do pagamento e de 1% no mês do pagamento.

Se o pagamento da quota for efetuado após o seu vencimento, incidirá multa de mora de 0,33% ao dia, observado o limite máximo de 20%.

Para impressão do Darf o contribuinte deve utilizar a opção **Declaração / Imprimir / Darf do IRPF** e selecionar a quota para impressão.

No caso de quotas decorrentes de declarações retificadoras que ocorra mudança de imposto a pagar, para impressão do DARF acesse o Portal e-CAC na página do sítio da RFB na internet, no endereço <rfb.gov.br>. Em seguida, clique em "**Declarações e Demonstrativos**", selecione o serviço "**Meu Imposto de Renda (Extrato da DIRPF)**". Na lista dos Serviços encontrados clique em "**Pagamento - Consultar Débitos, Emitir DARF e Alterar Quotas**". Após visualizar o quantitativo de quotas e a situação de cada uma delas, clique no ícone "**Impressão**" para emitir o DARF do mês desejado.

Acompanhe o processamento da sua declaração no e-CAC ou no seu dispositivo móvel.



| | | | |
|--|--|--|--|
| NOME: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA | | IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA | |
| CPF: 446.951.522-15 | | EXERCÍCIO 2019 | |
| DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL | | ANO-CALENDÁRIO 2018 | |

| | | | |
|--|---|-------------------|----------------|
| IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE | | | |
| Nome: | ANDERFESON BARBOSA DA COSTA | CPF: | 446.951.522-15 |
| Data de Nascimento: | 14/12/1977 | Título Eleitoral: | |
| Possui cônjuge ou companheiro(a)? | Não | | |
| Houve mudança de endereço? | Não | | |
| Um dos declarantes é pessoa com doença grave ou portadora de deficiência física ou mental? | | Não | |
| | | | |
| Endereço: | RUA PEDRO TEIXEIRA | Número: | 1155 |
| Complemento: | | Bairro/Distrito: | APARECIDA |
| Município: | BOA VISTA | UF: | RR |
| CEP: | 69306-355 | DDD/Telefone: | |
| E-mail: | | DDD/Celular: | |
| Natureza da Ocupação: | 12 PROPRIETÁRIO DE EMPRESA OU DE FIRMA INDIVIDUAL OU EMPREGADOR-TITULAR | | |
| Ocupação Principal: | 000 OUTRAS OCUPAÇÕES NÃO ESPECIFICADAS ANTERIORMENTE | | |
| Tipo de declaração: | Declaração de Ajuste Anual Original | | |
| Nº do recibo da última declaração entregue do exercício de 2018: | 26.13.71.98.27-81 | | |

| |
|--------------------|
| DEPENDENTES |
| Sem Informações |

| |
|---------------------|
| ALIMENTANDOS |
| Sem Informações |

| |
|--|
| RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS RECEBIDOS DE PESSOA JURÍDICA PELO TITULAR |
| Sem Informações |

| |
|---|
| RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS RECEBIDOS DE PESSOA JURÍDICA PELOS DEPENDENTES |
| Sem Informações |

| |
|--|
| RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS RECEBIDOS DE PESSOA FÍSICA E DO EXTERIOR PELO TITULAR |
| Sem Informações |

| |
|---|
| RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS RECEBIDOS DE PESSOA FÍSICA E DO EXTERIOR PELOS DEPENDENTES |
| Sem Informações |

| | |
|--|--------------------|
| RENDIMENTOS ISENTOS E NÃO TRIBUTÁVEIS | (Valores em Reais) |
| TOTAL | 0,00 |

| | |
|---|--------------------|
| RENDIMENTOS SUJEITOS À TRIBUTAÇÃO EXCLUSIVA / DEFINITIVA | (Valores em Reais) |
| TOTAL | 0,00 |

| |
|---|
| RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS RECEBIDOS DE PESSOA JURÍDICA PELO TITULAR (IMPOSTO COM EXIGIBILIDADE SUSPensa) |
| Sem Informações |

| |
|--|
| RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS RECEBIDOS DE PESSOA JURÍDICA PELOS DEPENDENTES (IMPOSTO COM EXIGIBILIDADE SUSPensa) |
| Sem Informações |

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVHK CRFDV FMMMC 5D2L3



NOME: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA

CPF: 446.951.522-15

DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL

IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA

EXERCÍCIO 2019

ANO-CALENDÁRIO 2018

RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS DE PESSOA JURÍDICA RECEBIDOS ACUMULADAMENTE PELO TITULAR

Sem Informações

RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS DE PESSOA JURÍDICA RECEBIDOS ACUMULADAMENTE PELOS DEPENDENTES

Sem Informações

IMPOSTO PAGO / RETIDO

Sem Informações

PAGAMENTOS EFETUADOS

Sem Informações

DOAÇÕES EFETUADAS

Sem Informações

DECLARAÇÃO DE BENS E DIREITOS

(Valores em Reais)

| CÓDIGO | DISCRIMINAÇÃO | SITUAÇÃO EM | |
|--------|--|-------------|------------|
| | | 31/12/2017 | 31/12/2018 |
| 32 | TITULAR DA EMPRESA A B DA COSTA EIRELI ME, CNPJ 09.326.183/0001-04 | 100.000,00 | 100.000,00 |
| | 105 - BRASIL | | |
| | CNPJ: 09.326.183/0001-04 | | |
| TOTAL | | 100.000,00 | 100.000,00 |

DÍVIDAS E ÔNUS REAIS

Sem Informações

ESPÓLIO

Sem Informações

DOAÇÕES A PARTIDOS POLÍTICOS E CANDIDATOS A CARGOS ELETIVOS

Sem Informações

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

Validação deste em <https://projudi.trr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVHK CRFDV FMMMC 5D2L3



| | | | |
|--|--|--|--|
| NOME: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA | | IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA | |
| CPF: 446.951.522-15 | | EXERCÍCIO 2019 | |
| DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL | | ANO-CALENDÁRIO 2018 | |

DEMONSTRATIVO DE ATIVIDADE RURAL - BRASIL

DADOS E IDENTIFICAÇÃO DO IMÓVEL EXPLORADO - BRASIL

Sem Informações

RECEITAS E DESPESAS - BRASIL

Sem Informações

APURAÇÃO DO RESULTADO - BRASIL

Sem Informações

MOVIMENTAÇÃO DO REBANHO - BRASIL

Sem Informações

BENS DA ATIVIDADE RURAL - BRASIL

Sem Informações

DÍVIDAS VINCULADAS À ATIVIDADE RURAL - BRASIL

Sem Informações

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: PJVHK CRFDV FMMMC 5D2L3



| | | | |
|--|--|--|--|
| NOME: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA | | IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA | |
| CPF: 446.951.522-15 | | EXERCÍCIO 2019 | |
| DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL | | ANO-CALENDÁRIO 2018 | |

DEMONSTRATIVO DE ATIVIDADE RURAL - EXTERIOR

DADOS E IDENTIFICAÇÃO DO IMÓVEL EXPLORADO - EXTERIOR

Sem Informações

RECEITAS E DESPESAS - EXTERIOR

Sem Informações

APURAÇÃO DO RESULTADO - EXTERIOR

Sem Informações

MOVIMENTAÇÃO DO REBANHO - EXTERIOR

Sem Informações

BENS DA ATIVIDADE RURAL - EXTERIOR

Sem Informações

DÍVIDAS VINCULADAS À ATIVIDADE RURAL - EXTERIOR

Sem Informações

DEMONSTRATIVO DA APURAÇÃO DOS GANHOS DE CAPITAL

Sem Informações

| | |
|--|--|
| NOME: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA | |
| CPF: 446.951.522-15 | IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA |
| DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL | EXERCÍCIO 2019 ANO-CALENDÁRIO 2018 |

RENDA VARIÁVEL - OPERAÇÕES COMUNS/DAYTRADE - TITULAR

GANHOS LÍQUIDOS OU PERDAS - JAN

Sem Informações

GANHOS LÍQUIDOS OU PERDAS - FEV

Sem Informações

GANHOS LÍQUIDOS OU PERDAS - MAR

Sem Informações

GANHOS LÍQUIDOS OU PERDAS - ABR

Sem Informações

GANHOS LÍQUIDOS OU PERDAS - MAI

Sem Informações

GANHOS LÍQUIDOS OU PERDAS - JUN

Sem Informações

GANHOS LÍQUIDOS OU PERDAS - JUL

Sem Informações

GANHOS LÍQUIDOS OU PERDAS - AGO

Sem Informações

GANHOS LÍQUIDOS OU PERDAS - SET

Sem Informações

GANHOS LÍQUIDOS OU PERDAS - OUT

Sem Informações

GANHOS LÍQUIDOS OU PERDAS - NOV

Sem Informações

GANHOS LÍQUIDOS OU PERDAS - DEZ

Sem Informações

RENDA VARIÁVEL - OPERAÇÕES DE FUNDOS DE INVESTIMENTO IMOBILIÁRIO - TITULAR

Sem Informações

RENDA VARIÁVEL - OPERAÇÕES DE FUNDOS DE INVESTIMENTO IMOBILIÁRIO - DEPENDENTES

Sem Informações

DOAÇÕES DIRETAMENTE NA DECLARAÇÃO - ECA

Sem Informações

| | | |
|--|--|----------------------------|
| NOME: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA | | |
| CPF: 446.951.522-15 | | |
| DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL | IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA | |
| | EXERCÍCIO 2019 | ANO-CALENDÁRIO 2018 |

| | |
|---------------|---|
| RESUMO | TRIBUTAÇÃO UTILIZANDO AS DEDUÇÕES LEGAIS |
|---------------|---|

| | |
|---|------|
| RENDIMENTOS TRIBUTÁVEIS | |
| Recebidos de Pessoa Jurídica pelo titular | 0,00 |
| Recebidos de Pessoa Jurídica pelos dependentes | 0,00 |
| Recebidos de Pessoa Física/Exterior pelo titular | 0,00 |
| Recebidos de Pessoa Física/Exterior pelos dependentes | 0,00 |
| Recebidos acumuladamente pelo titular | 0,00 |
| Recebidos acumuladamente pelos dependentes | 0,00 |
| Resultado tributável da Atividade Rural | 0,00 |
| TOTAL | 0,00 |

| | |
|--|------|
| DEDUÇÕES | |
| Contribuição à previdência oficial e à previdência complementar pública (até o limite do patrocinador) | 0,00 |
| Contribuição à previdência oficial (Rendimentos recebidos acumuladamente) | 0,00 |
| Contribuição à previdência complementar, pública (acima do limite do patrocinador) ou privada, e Fapi | 0,00 |
| Dependentes | 0,00 |
| Despesas com instrução | 0,00 |
| Despesas médicas | 0,00 |
| Pensão alimentícia judicial | 0,00 |
| Pensão alimentícia por escritura pública | 0,00 |
| Pensão alimentícia judicial (Rendimentos recebidos acumuladamente) | 0,00 |
| Livro caixa | 0,00 |
| TOTAL | 0,00 |

| | | | |
|---|------|---------------------------------|------|
| IMPOSTO DEVIDO | | IMPOSTO A RESTITUIR | 0,00 |
| Base de cálculo do imposto | 0,00 | SALDO DE IMPOSTO A PAGAR | 0,00 |
| Imposto devido | 0,00 | | |
| Dedução de incentivo | 0,00 | PARCELAMENTO | |
| Imposto devido I | 0,00 | Valor da quota | 0,00 |
| Contribuição Prev. Empregador Doméstico | 0,00 | Número de Quotas | 0 |
| Imposto devido II | 0,00 | | |
| Imposto devido RRA | 0,00 | | |
| Alíquota efetiva (%) | 0,00 | | |
| Total do imposto devido | 0,00 | | |

| | | | |
|--|------|------------------------------|------------------------|
| IMPOSTO PAGO | | INFORMAÇÕES BANCÁRIAS | |
| Imposto retido na fonte do titular | 0,00 | | Débito automático: NÃO |
| Imp. retido na fonte dos dependentes | 0,00 | | |
| Carnê-Leão do titular | 0,00 | Banco | |
| Carnê-Leão dos dependentes | 0,00 | Agência (sem DV) | |
| Imposto complementar | 0,00 | Conta para crédito | |
| Imposto pago no exterior | 0,00 | | |
| Imposto retido na fonte (Lei nº 11.033/2004) | 0,00 | | |
| Imposto retido RRA | 0,00 | | |
| Total do imposto pago | 0,00 | | |

| | |
|--|--|
| NOME: ANDERFESON BARBOSA DA COSTA | IMPOSTO SOBRE A RENDA - PESSOA FÍSICA |
| CPF: 446.951.522-15 | EXERCÍCIO 2019 |
| DECLARAÇÃO DE AJUSTE ANUAL | ANO-CALENDÁRIO 2018 |

EVOLUÇÃO PATRIMONIAL

| | |
|------------------------------------|------------|
| Bens e direitos em 31/12/2017 | 100.000,00 |
| Bens e direitos em 31/12/2018 | 100.000,00 |
| Dívidas e ônus reais em 31/12/2017 | 0,00 |
| Dívidas e ônus reais em 31/12/2018 | 0,00 |

OUTRAS INFORMAÇÕES

| | |
|---|------|
| Rendimentos isentos e não tributáveis | 0,00 |
| Rendimentos sujeitos à tributação exclusiva/definitiva | 0,00 |
| Rendimentos tributáveis - imposto com exigibilidade suspensa | 0,00 |
| Depósitos judiciais do imposto | 0,00 |
| Imposto pago sobre Ganhos de Capital | 0,00 |
| Imposto pago Ganhos de Capital Moeda Estrangeira - Bens, direitos e Aplicações Financeiras | 0,00 |
| Total do imposto retido na fonte (Lei nº11.033/2004), conforme dados informados pelo contribuinte | 0,00 |
| Imposto pago sobre Renda Variável | 0,00 |
| Doações a Partidos Políticos e Candidatos a Cargos Eletivos | 0,00 |
| Imposto a pagar sobre o Ganho de Capital - Moeda Estrangeira em Espécie | 0,00 |
| Imposto diferido dos Ganhos de Capital | 0,00 |
| Imposto devido sobre Ganhos de Capital | 0,00 |
| Imposto devido sobre ganhos líquidos em Renda Variável | 0,00 |
| Imposto devido sobre Ganhos de Capital Moeda Estrangeira - Bens, direitos e aplic. financeiras | 0,00 |

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: PJVHK CRFDV FMMMC 5D2L3

