



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
POLÍCIA CIVIL  
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 21/01/2018 04:41 Data/Hora Fim: 21/01/2018 05:22  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 808059-j Data: 21/01/2018  
Delegado de Polícia: Suebia Cardoso da Silva

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central

Data/Hora do Fato: 21/01/2018 03:00

#### Local do Fato

Município: Boa Vista

Bairro: Senador Hélio

Logradouro: RUA: IZIDIO GALDINO DA SILVA C/ ANGELA EVELIN

Complemento: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

| Natureza                         | Meio(s) Empregado(s) |
|----------------------------------|----------------------|
| 603: Embriaguez (Art. 62 da LCP) | Veículo              |

### ENVOLVIDO(S)

Nome: CRISTIANE SALES DA SILVA SADOVAL (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Idade 38

Profissão: Babá

Estado Civil: Solteiro(a)

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-29

Nº: 108

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: DANIEL HONORATO PINHEIRO (CONDUTOR (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 27

Profissão: Garçon

Estado Civil: Solteiro(a)

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA: CC-20

Bairro: CONJUNTO CIDADÃO

Nome: RAIMUNDO NONATO PEREIRA (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Masculino

Idade 43

Profissão: Pedreiro

Estado Civil: Casado(a)

#### Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 4755642

#### Endereço

Município: Boa Vista - RR



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva  
Impresso por: Nilcelia Moraes da Silva Araujo  
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

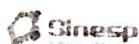
|                                                        |                                           |
|--------------------------------------------------------|-------------------------------------------|
| Logradouro: JOSE MARIA CARNEIRO                        | Nº: 255                                   |
| Bairro: PEROLA                                         |                                           |
| Nome: JOUBERNILSON CAMARA (VÍTIMA)                     |                                           |
| Nacionalidade: Brasileira                              | Sexo: Masculino                           |
| Profissão: Autônomo                                    | Idade: 32                                 |
| Estado Civil: Solteiro(a)                              |                                           |
| Endereço                                               |                                           |
| Município: Boa Vista - RR                              | Nº: 108                                   |
| Logradouro: RUA: S-29                                  |                                           |
| Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS                           |                                           |
| Razão Social: POLICIA MILITAR DE RORAIMA (COMUNICANTE) |                                           |
| Ramo de Atuação: Órgão público                         | Representante: Sd/pm Idailson Ferreira da |
| Endereço                                               |                                           |
| Município: Boa Vista - RR                              |                                           |

### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

|                                 |                               |
|---------------------------------|-------------------------------|
| Grupo Veículo                   | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| Placa NAZ0915                   | Número do Chassi 53560        |
| Ano/Modelo Fabricação 2009/2009 | Cor PRETA                     |
| UF Veículo Roraima              | Município Veículo Boa Vista   |
| Marca/Modelo HONDA/BIZ 125 ES   | Modelo HONDA/BIZ 125 ES       |
| Veículo Adulterado? Não         | Quantidade 1 Unidade          |
| Situação Envolvido              |                               |
| Nome Envolvido                  | Envolvimentos                 |
| Raimundo Nonato Pereira         | Proprietário                  |
| Grupo Veículo                   | Subgrupo Motocicleta/Motoneta |
| Placa NAO1629                   | Número do Chassi 02004        |
| Ano/Modelo Fabricação 2011/2011 | Cor PRETA                     |
| UF Veículo Roraima              | Município Veículo Boa Vista   |
| Marca/Modelo DAFRA/SPEED 150    | Modelo DAFRA/SPEED 150        |
| Veículo Adulterado? Não         | Quantidade 1 Unidade          |
| Situação Envolvido              |                               |
| Nome Envolvido                  | Envolvimentos                 |
| DANIEL HONORATO PINHEIRO        | Proprietário                  |

### RELATO/HISTÓRICO

O ROP informar; acionados via CIOPS para atender uma ocorrência de transito, ao chegar ao local nos deparamos com duas viaturas da policia militar/RR juntamente com a viatura do SAMU/RR, que levou os Daniel, Cristiane e Joubernilson para ao PSE/RR, que o Daniel não foi apresentado a este DP devido ao seu atendimento medico o mesmo encontra-se no HGR.. Os condutores nos informaram que; o Daniel seguia na rua IZIDIO GALDINO DA SILVA sentido bairro/centro, quando ao chegar no cruzamento com a rua ANGELA EVELIN COELHO, colidiu com o Raimundo que seguia na referia rua, sentido a rua N-23. Que o Raimundo aparenta visíveis estado de embriaguez, feito o convite para a realização do teste do bafometro, o mesmo aceitou que resultou em 0,60 mg/L conforme em anexo. Os veículos envolvidos foram recolhidos ao pátio do DETRAN para regularização. Que os condutores não possuem CNH e que foram realizados todos os procedimentos administrativos cabíveis. Não houve pericia devido o local ter sido violado.



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva  
Impresso por: Nilcelia Moraes da Silva Araujo  
Data de Impressão: 01/03/2018 10:28  
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 3

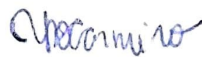
PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 003143/2018

ASSINATURAS



**Priscila Carneiro**  
Agente de Polícia Civil  
Matrícula 042000912

Alberlane Teixeira Brandão  
Responsável pelo Atendimento

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

DAT

01 MAR 2018

AGENTE DE POLÍCIA  
CONFERIDOR

DOCUMENTO  
ORIGINAL



Delegado de Polícia Civil: Suebia Cardoso da Silva  
Impresso por: Nilcelia Moraes da Silva Araujo  
Data de Impressão: 01/03/2018 10 28  
Protocolo nº: Não disponível

Página 3 de 3

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

25 ABR. 2018

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



**BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 068/2018/DAT - Boa Vista - RR, em 01/03/2018**  
**ADITAMENTO AO BOLETIM DE OCORRÊNCIA Nº 003143/2018 – PLANTÃO CENTRAL**

**COMUNICANTE/VÍTIMA: DANIEL HONORATO PINHEIRO**

RG: 1.462.091

O. EXP.: SSP/TO

CPF: 529.989.672-72

ENDEREÇO: RUA CC-20, Nº 180

BAIRRO: CONJUNTO CIDADÃO

CIDADE: BOA VISTA -RR

SEXO: MASCULINO

PROFISSÃO: GARÇOM

NATURALIDADE: BOA VISTA

ESTADO: RR

DATA DE NASCIMENTO: 27/04/1990

IDADE: 27 ANOS

GRAU DE INSTRUÇÃO: ENSINO FUNDAMENTAL INCOMPLETO

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO TELEFONE: 95 99136-3336 Nº REG. CNH: NÃO POSSUI

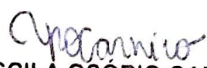
NOME DO PAI: JOSÉ VICENTE PINHEIRO

NOME DA MÃE: RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

Senhor Delegado venho comunicar que aproximadamente às **03h**, do dia **21/01/2018**, na Rua Raio Izídio Galdino da Silva esquina com Rua Ângela Evelin, bairro Senador Hélio Campos, nesta capital

O comunicante faz aditamento ao BO em epígrafe do Plantão Central e informa, nesta oportunidade, os dados do veículo que conduzia no momento do acidente narrado no **BO nº 003143/2018 – Plantão Central**; **QUE** os dados do veículos são: MOTONETA HONDA BIZ 125 ES, cor preta, placa NAZ 0915, CHASSI 9C2JC42209R053560, RENAVAM 00143947338, de propriedade de CRISTIANE LIMA; **QUE O PRESENTE BOLETIM DE OCORRÊNCIA É SOMENTE PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É o relato**

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

  
**PRISCILA OSÓRIO CARNEIRO**  
AGENTE DE POLÍCIA CIVIL  
MAT. 042.000.912

  
**DANIEL HONORATO PINHEIRO**  
COMUNICANTE



**DOCUMENTO ORIGINAL**

**25 ABR. 2018**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 1.462.091 DATA DE EXPEDIÇÃO 04/05/2016

NOME DANIEL HONORATO PINHEIRO

FILIAÇÃO JOSÉ VICENTE PINHEIRO  
RAIMUNDA HONORATA DA SILVA

NATURALIDADE BOA VISTA-RR DATA DE NASCIMENTO 27/04/1990

DOC. ORIGEM CERT. NASC. Nº 73.223, LV A-105, FLS 282, EXP.05/11/1993

CPF BOA VISTA-RR-529.989.672-72

LEI Nº 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL  
ESTADO DO TOCANTINS  
SECRETARIA DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO

POLEGAR DIREITO

ASSINATURA DO TITULAR  
Daniel Honorato Pinheiro

CARTEIRA DE IDENTIDADE



Para contato com a  
Eletrobras, informe  
este NÚMERO

SEU CÓDIGO

0072159-0

Eletrobras Distribuição Roraima

Av. Capitão Eno Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR

CNPJ 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1

Regime especial de Imposto autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 000108583

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

| CONTAS       | VENCIMENTO | CONSUMO (kWh) | TOTAL A PAGAR (R\$) |
|--------------|------------|---------------|---------------------|
| JANEIRO/2018 | 06/02/2018 | 482           | 393,19              |

RAIMUNDA HONORATA DA SILVA PINHEIRO

R. CC 20 180 LAURA MOREIRA

CPF: 00018791883253

CEP: 69.318-095 - BOA VISTA

ROT: 7.001.28.02.134500

| DADOS DA LEITURA            |        | DATAS DA LEITURA |            |
|-----------------------------|--------|------------------|------------|
| Atual:                      | 6454   | Anterior:        | 21/12/2017 |
| Anterior:                   | 1,000  | Anterior:        | 19/02/2018 |
| Constante de Multiplicação: | 482    | Próxima Leitura: | 19/01/2018 |
| Consumo Medido:             | NORMAL | Emissão:         | 29         |
| Consumo Estimado:           |        | Anulamento:      |            |

| RESIDENCIAL | BI | DADOS | 16TDB02292 | M | 1416441 | 1.1.1.2 | 420 |
|-------------|----|-------|------------|---|---------|---------|-----|
|-------------|----|-------|------------|---|---------|---------|-----|

|                         |                      |        |
|-------------------------|----------------------|--------|
| CONSUMO                 | 482 A R\$ 0,567794 = | 273,67 |
| PARCELAMENTO DE DEBITOS | 4/60                 | 100,82 |
| ILUMINACAO PUBLICA      |                      | 18,70  |

LIGUE 08007019120 E FAÇA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

Parabéns! Até o dia 18/01/2018, não constam faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

0B0C.67C1.F3BB.E2F9.D586.5DFA.C32E.0854

|                          |       |        |
|--------------------------|-------|--------|
| RESERVAÇÃO RISCO         | 82,57 | 273,67 |
| COMPOSIÇÃO DA COTA - R\$ |       |        |
| Distribuição             | 0,00  |        |
| Energia                  | 5,50  |        |
| Transmissão              | 53,50 |        |
| Encargos                 |       |        |
| Taxas                    |       |        |
| IMPOSTOS/TRIBUTOS        |       |        |
| Base de Cálculo          | 46,52 |        |
| Alíquota ICMS            | 1,23  |        |
| Valor do ICMS            | 5,75  |        |
| Valor do PIS             |       |        |
| Valor do COFINS          |       |        |

|                             |       |       |      |      |       |      |  |
|-----------------------------|-------|-------|------|------|-------|------|--|
| INDICADORES DE CONTINUIDADE |       |       |      |      |       |      |  |
| 5,43                        | 10,86 | 21,73 | 3,61 | 7,22 | 14,45 | 3,11 |  |
| 7,07                        |       |       | 3,00 |      |       | 6,63 |  |

DISTRITO

11/2017

103,75

ROT: 7.001.28.02.134500



SEU CÓDIGO  
0072159-0

TOTAL A PAGAR - R\$  
393,19

MES VENCIMENTO  
01/2018

VENCIMENTO  
06/02/2018

Eletrobras Distribuição Roraima  
Av. Capitão Eno Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR  
CNPJ 02.341.470/0001-44 (Insc. Estadual: 24.007.022-3)

Nº da Nota Fiscal: 000108583 FCAM

83600000003 1 93190075000 7 00000000072 9 15900118008 6

25 ABR. 2018

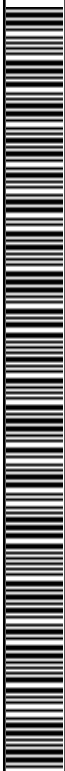
|                                                                                                                                                     |                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------|
| <b>ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE</b>                                                                                                                      |                                  |
| FILIAÇÃO<br>DATA DE NASC. DE _____ PARA _____<br>DOCUMENTO _____                                                                                    | ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR |
| NOME _____<br>DOCUMENTO _____                                                                                                                       | ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR |
| NOME _____<br>DOCUMENTO _____                                                                                                                       | ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR |
| NOME _____<br>DOCUMENTO _____                                                                                                                       | ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR |
| <b>L E G E N D A</b><br>A - CASAMENTO    C - DIVÓRCIO    E - RECONHECIMENTO DE FAMILIA    F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA<br>B - SEP. JUDICIAL    D - ADOÇÃO |                                  |
| 03                                                                                                                                                  |                                  |

|                                                                                                              |                            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| <b>DANIEL HONORATO PINHEIRO</b>                                                                              |                            |
| FILIAÇÃO.....: JOSE VICENTE PINHEIRO                                                                         | Raimunda Honorata da Silva |
| NASCIMENTO.....: 27/04/1990                                                                                  | SEXO: MASculino            |
| ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO                                                                                  |                            |
| NATURALIDADE: BOA VISTA - RR                                                                                 |                            |
| DOCUMENTO.....: C   271160 14012003 SESP RR                                                                  |                            |
| LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995                                                                          |                            |
| CPF.....: 529 969 672-72                                                                                     | CNH.....:                  |
| TIT. ELEITOR:                                                                                                | SEÇÃO:                     |
| ZONA:                                                                                                        |                            |
| LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 04/07/2011                                                                  |                            |
| <br>ASSINATURA DO EMISSOR |                            |

**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**



## CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR Evânildo R. da Silva  
Gpp  
CGO/CPE/CEI 04.624.664.10001-70  
ENDEREÇO Avenida Lima, SN  
MUNICÍPIO Bela Vista UF PR  
ESP. DO ESTABELECIMENTO Restaurante  
CARGO garçom  
CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO 01 DE Novto DE 2014  
REGISTRO Nº 1 FLS. / FICHA  
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA R\$ 479,251 quinzenal  
Evânildo R. da Silva-ME  
Caro (então)  
1º Evânildo Rodrigues da Silva  
ADMINISTRADOR

DATA DE SAÍDA DE DE DE  
1º 2º

COM. DISPENSA CD Nº  
FGTS Nº DA CONTA

08

## CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR  
CGO/CPE/CEI  
ENDEREÇO  
MUNICÍPIO UF  
ESP. DO ESTABELECIMENTO  
CARGO  
CBO Nº

DATA DE ADMISSÃO DE DE  
REGISTRO Nº FLS. / FICHA  
REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA  
1º 2º

DATA DE SAÍDA DE DE  
1º 2º

COM. DISPENSA CD Nº  
FGTS Nº DA CONTA

09



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

Rio de Janeiro, 05 de Junho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3180364560

Vítima: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Data do Acidente: 21/01/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: ILOIR INACIO DE SOUZA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), DANIEL HONORATO PINHEIRO

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

|                  |              |
|------------------|--------------|
| Multa:           | R\$ 0,00     |
| Juros:           | R\$ 0,00     |
| Total creditado: | R\$ 2.362,50 |

Dano Pessoal: Perda funcional completa de uma das mãos 70%

Graduação: Em grau leve 25%

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

Valor a indenizar: 17,50% x 13.500,00 = R\$ 2.362,50

Recebedor: DANIEL HONORATO PINHEIRO

Valor: R\$ 2.362,50

Banco: 341

Agência: 000006953

Conta: 0000023762-2

Tipo: CONTA POUPANÇA

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

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

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

Atenciosamente,

**Seguradora Líder-DPVAT**

Estamos aqui para Você

Pag. 01145/01146 - carta\_15R - INVALIDEZ



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: PJ5L4 E4A59 LAZBN K9TCB

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Daniel Honerato Pinheiro  
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Garçom  
RG nº: 1.462.091 SSP-RO CPF nº: 529.989.672-72  
E-MAIL: Pinheirodaniel4577@gmail.com TELEFONE: 99136-3336  
ENDEREÇO: Rua: CC-20, 180, Ipauma Moreira

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

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

BOA VISTA - RR, 20 de junho de 2019.

x Daniel Honerato Pinheiro

OUTORGANTE

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Daniel Monerato Pinheiro  
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Garçom  
RG nº: 1.462.091 SSP-TO  
CPF nº: 529.989.672-72  
ENDEREÇO: Rua CC-20, 180, Laura Moreira

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

BOA VISTA - RR, 20 de junho de 20 19.

x Daniel Monerato Pinheiro  
OUTORGANTE

## SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

## LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

ANTES DA INCISÃO

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Daniel Renner de PinhoAnestesiista: EduardoPACIENTE CONDIÇÃO: Estável (Pré-Anestésico)☒ Identidade  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Procedimento  
Consentimento: ☐ Sim ☐ NãoSÍTIO CIRÚRGICO: ☒ Não se AplicaTIPO IDEN. RQ: NO  
☒ Não ☐ Não se AplicaVERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
CONCLUIDAOXIMETRIA DE PULSO NO PACIENTE EM  
FUNCIONAMENTO

PACIENTE POSSUI:

LERGIA CONHECIDA

☐ Não ☐ Sim, Qual:

A. ÁGUA DE C. RISCO DE ASPIRAÇÃO

☐ Não☐ Sim, e equipamento/medicamento disponível

SCO DE FLUIDO 3% IGUINEA &gt; 500 ml

☐ Não☒ Sim, e necessário para anexo adequado e planejamento  
em fluidosRes. Anestesiologia  
CRM/RB/18/6

Assinatura

Data: 21/04/18 Hora: 09:00

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA  
EQUIPE SE APRESENTARÃO PELO NOME E  
FUNÇÃO: ☒ Sim ☐ NãoCIRURGIAO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO  
CONFIRMARAM VERBALMENTE:☒ Identificação do paciente  
☒ Sítio cirúrgico  
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

BREVISÃO DO CIRÚRGIO:

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

BREVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

☒ Materiais necessários, como instrumentais, próteses e  
outros estão presentes e dentro da validade de  
esterilização (incluindo resultado do indicador). Há  
questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer  
preocupações.A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI  
REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.☒ Não se aplica☐ Sim,

Qual:

Hora:

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim☐ Não se aplica

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 ☐ Não2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS  
CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS  
ESTÃO CORRETAS☐ Sim ☐ Não ☒ Não se Aplica3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA  
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA  
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)☐ Sim ☐ Não ☒ Não se AplicaSE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO  
PARA SER RESOLVIDO☐ Sim ☒ Não☐ O CIRURGIAO, O ANESTESIOLOGISTA E A  
EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM  
PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A  
RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE☐ Sim ☒ Não ☐ Não se AplicaRes. Anestesiologia  
CRM/RB/18/6

Assinatura e Carimbo

25 ABR. 2018

220-4



**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**  
**PRESCRIÇÃO MÉDICA**



|                  |                                                                 |     |      |     |            |
|------------------|-----------------------------------------------------------------|-----|------|-----|------------|
| DATA DE ADMISSÃO |                                                                 | DIH |      | DN  |            |
| PACIENTE         | DANIEL PINHEIRO                                                 |     |      |     |            |
| DIAGNÓSTICO      | FRATURA EXPOSTA OSSOS DA MÃO                                    |     |      |     |            |
| ALERGIAS         | NEGA                                                            | HAS | NEGA | DM2 | NEGA       |
| IDADE            | LEITO                                                           |     | DATA |     | 22/01/2018 |
| ITEM             | PRESCRIÇÃO                                                      |     |      |     | HORÁRIO    |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                                |     |      |     | 5/10       |
| 2                | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO-SF0.9%500ML 8/8HS                      |     |      |     | 14:22/06   |
| 3                | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                           |     |      |     | 12:18/06   |
| 4                | TILATIL 20MG EV 12/12H                                          |     |      |     | 16:04/06   |
| 5                | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N                                         |     |      |     | 5/10       |
| 6                | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA    |     |      |     | 5/10       |
| 7                | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                      |     |      |     | 5/10       |
| 8                | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N                                     |     |      |     | 5/10       |
| 9                | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                     |     |      |     | 5/10       |
| 10               | SSVV + CCGG 6/6 H                                               |     |      |     | 5/10       |
| 12               | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG               |     |      |     | 5/10       |
| 14               | CURATIVO DIARIO                                                 |     |      |     | Realizar   |
| 15               | GENTAMICINA 240MG IV 1X/DIA D2                                  |     |      |     | 16         |
| 16               | METRONIDAZOL 500MG IV 8/8HS                                     |     |      |     | N.T.F      |
| 17               | AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA                             |     |      |     | de vaga    |
| 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                                   |     |      |     |            |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. [Signature]  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia

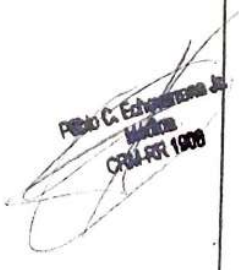


| SINAIS VITAIS |        |      |             |
|---------------|--------|------|-------------|
| 6 H           | 110x70 | 69   | TAX: 36.5°C |
| 12 H          | 113x69 | 67.2 | TAX: 36     |
| 18 H          | 96x55  | 75   | TAX: 36.2°C |
| 24 H          | 112x72 | 66   | TAX: 36.5°C |

Dalene Vasco Ferreira  
COREN-RR 651.077-TE

MÉDICO RESIDENTE EM DO PACIENTE  
ORTOPEDIA CLÍNICA OU  
TRAUMATOLOGIA EXAMES OU  
ESTABILIZAÇÃO TRANSFERÊNCIAS INTERNAS  
TRANSFERRÊNCIA  
P-75

Ata de Anamnese O. Pereira  
Técnico em Enfermagem  
COREN-RR 507.816 TE

|                                                                                                      |  | <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b><br><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                      |    |       |      |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                      |  | 21/01/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    | • DIH |      | DN 27/04/1990                                                                       |  |
| PACIENTE                                                                                                                                                                              |  | daniel honorato pinheiro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |       |      |                                                                                     |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                           |  | fratura de f1 de quarto qde + tercelro mtc d + f1 de quinto qde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |       |      |                                                                                     |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                              |  | NEGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |    | HAS   |      | nega                                                                                |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                 |  | 27                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |    | LEITO |      | 220-4                                                                               |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                  |  | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |    |       |      | HORÁRIO                                                                             |  |
| 1                                                                                                                                                                                     |  | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |       |      | 5MD                                                                                 |  |
| 2                                                                                                                                                                                     |  | SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |    |       |      | 44 28 08                                                                            |  |
| 5                                                                                                                                                                                     |  | dipirona 1g ev 8/8 horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |    |       |      | 44 28 08                                                                            |  |
| 6                                                                                                                                                                                     |  | TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |       |      | 5N                                                                                  |  |
| 7                                                                                                                                                                                     |  | SSVV+CCGG 6/6 horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |    |       |      | Retina                                                                              |  |
| 8                                                                                                                                                                                     |  | CURATIVO DIARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |       |      | Retina                                                                              |  |
| 9                                                                                                                                                                                     |  | gentamicina 240 mg 1 x ao dia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |    |       |      | 146 28 08                                                                           |  |
| 10                                                                                                                                                                                    |  | metronidazol 500 mg ev 8/8 horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |    |       |      | 146 28 08                                                                           |  |
| 11                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |       |      |                                                                                     |  |
| 12                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |       |      |                                                                                     |  |
| 13                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |       |      |                                                                                     |  |
| 14                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |       |      |                                                                                     |  |
| 15                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |       |      |                                                                                     |  |
| 16                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |       |      |                                                                                     |  |
|                                                                                                                                                                                       |  | <b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA<br><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO . |    |       |      |                                                                                     |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |       |      |                                                                                     |  |
| Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |       |      |                                                                                     |  |
|                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |    |       |      |                                                                                     |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                         |  | PA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | FC | FR    | TEMP |                                                                                     |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                   |  | 126x70                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 70 |       | 36,5 |                                                                                     |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                  |  | 100/70                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 70 |       | 36,4 |                                                                                     |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                  |  | 120/60                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 77 |       | 35,9 |                                                                                     |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                  |  | 108x70                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 77 |       | 37   |                                                                                     |  |

1200 Bessa C. Daltro  
100 em Exame  
2020-03-17 14:37:37

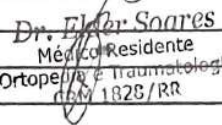
1200 Bessa C. Daltro  
100 em Exame  
2020-03-17 14:37:37

12h. Paciente no leito verbalizando, pruriginoso e/ou no 22. Ter

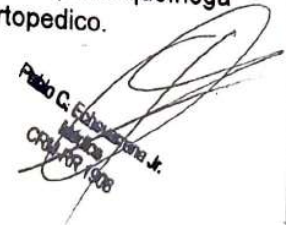


| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA |  | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                         |    | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |      | PRESCRIÇÃO MÉDICA         |  |
|---------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|--------------------------------------|------|---------------------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO          |  | 21/01/2018                                                                                                                                                                                                             |    | DIH                                  |      | DN 27/04/1990             |  |
| PACIENTE                  |  | daniel honorato pinheiro                                                                                                                                                                                               |    |                                      |      |                           |  |
| DIAGNÓSTICO               |  | fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.                                                                                                                                                       |    |                                      |      |                           |  |
| ALERGIAS                  |  | NEGA                                                                                                                                                                                                                   |    | HAS                                  |      | nega                      |  |
| IDADE                     |  | 27                                                                                                                                                                                                                     |    | LEITO                                |      | 220-4                     |  |
| ITEM                      |  | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                             |    |                                      |      | HORÁRIO                   |  |
| 1                         |  | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                       |    |                                      |      | 5M) 9M                    |  |
| 2                         |  | SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS                                                                                                                                                                                            |    |                                      |      | 14/ 22 (10h)              |  |
| 5                         |  | dipirona 1g ev 8/8 horas                                                                                                                                                                                               |    |                                      |      | 14/ 22 (10h)              |  |
| 6                         |  | TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn                                                                                                                                                                          |    |                                      |      | SN                        |  |
| 7                         |  | SSVV+CCGG 6/6 horas                                                                                                                                                                                                    |    |                                      |      | Rotina                    |  |
| 8                         |  | CURATIVO DIARIO                                                                                                                                                                                                        |    |                                      |      | 16                        |  |
| 9                         |  | gentamicina 240 mg 1 x ao dia                                                                                                                                                                                          |    |                                      |      | 22 (10h)                  |  |
| 10                        |  | metronidazol 500 mg ev 8/8 horas                                                                                                                                                                                       |    |                                      |      | 14/ 22 (10h)              |  |
| 11                        |  |                                                                                                                                                                                                                        |    |                                      |      |                           |  |
| 12                        |  |                                                                                                                                                                                                                        |    |                                      |      |                           |  |
| 13                        |  |                                                                                                                                                                                                                        |    |                                      |      |                           |  |
| 14                        |  |                                                                                                                                                                                                                        |    |                                      |      |                           |  |
| 15                        |  |                                                                                                                                                                                                                        |    |                                      |      |                           |  |
| 16                        |  |                                                                                                                                                                                                                        |    |                                      |      |                           |  |
|                           |  | <b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE $\leq$ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |    |                                      |      |                           |  |
|                           |  | <b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.                                    |    |                                      |      |                           |  |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:          |  |                                                                                                                                                                                                                        |    |                                      |      |                           |  |
|                           |  | Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.                                  |    |                                      |      |                           |  |
|                           |  |                                                                                                                                   |    |                                      |      |                           |  |
|                           |  | 66. 116x60 PA 60 T 36.2                                                                                                                                                                                                |    |                                      |      |                           |  |
| SINAIS VITAIS             |  | PA                                                                                                                                                                                                                     | FC | FR                                   | TEMP |                           |  |
| 6 H                       |  |                                                                                                                                                                                                                        |    |                                      |      |                           |  |
| 12 H                      |  | 116x59                                                                                                                                                                                                                 | 70 | -                                    | 36.2 |                           |  |
| 18 H                      |  | 103x58                                                                                                                                                                                                                 | 65 | 20                                   | 36.0 | Allice de Almeida F. 0905 |  |
| 24 H                      |  | 110x59                                                                                                                                                                                                                 | 67 | -                                    | 36.4 | COBENAR 0905              |  |

18h Paciente no leito, medicado.  
Siga as cuidados de enfermagem.  
dr: Pinheiro mas quer deixo por enquanto!

|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b><br><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                               |  |       |      |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                               | 21/01/2018                                                                          | DIH   | DN   | 27/04/1990 |
| PACIENTE daniel honorato pinheiro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |       |      |            |
| DIAGNÓSTICO fratura de f1 de quarto qde + tercelro mtc d + f1 de quinto qde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |       |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | NEGA                                                                                                                                                                          | HAS                                                                                 | nega  | DM   | NEGA       |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 27                                                                                                                                                                            | LEITO                                                                               | 220-4 | DATA | 25/01/2018 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                    |                                                                                     |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                              |                                                                                     |       |      |            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS                                                                                                                                                   |                                                                                     |       |      |            |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | dipirona 1g ev 8/8 horas                                                                                                                                                      |                                                                                     |       |      |            |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn                                                                                                                                 |                                                                                     |       |      |            |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | SSVV+CCGG 6/6 horas                                                                                                                                                           |                                                                                     |       |      |            |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIARIO                                                                                                                                                               |                                                                                     |       |      |            |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | gentamicina 240 mg 1 x ao dia                                                                                                                                                 |                                                                                     |       |      |            |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | metronidazol 500 mg ev 8/8 horas                                                                                                                                              |                                                                                     |       |      |            |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <br><b>Dr. Elder Soares</b><br>Médico Residente<br>Ortopedia e Traumatologia<br>CRM 1828/RR |                                                                                     |       |      |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |       |      |            |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |       |      |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |       |      |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |       |      |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |       |      |            |
| <b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE > 60 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA<br><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO. |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |       |      |            |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |       |      |            |
| Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde. nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.<br>AS 14h. Glicose AVP, 618 mg/dl MSE. Dayane S. Tosin<br>Técnico de Enfermagem<br>COREN-RR 917.047 TE<br>Nutrição Dada 8 ungs Derogem dia 26/01 p/1<br>provavelmente a mente.                                     |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |       |      |            |
| PA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                               | FC                                                                                  | FR    | TEMP |            |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                               |                                                                                     |       |      |            |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 100x60                                                                                                                                                                        | 70                                                                                  | 21    | 36,8 |            |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 116x76                                                                                                                                                                        | 66                                                                                  | 20    | 36,0 |            |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 110x70                                                                                                                                                                        | 81                                                                                  |       | 36,9 |            |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | 120x70                                                                                                                                                                        | 73                                                                                  | 20    | 36,5 |            |

Paciente está sem AVP. Pois seu braço está com glicose. Paciente faz compressa com gelo.

| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima |                                               | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                       |    |       |               | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA            |  |
|-------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|-------|---------------|-------------------------------------------------------------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO                                |                                               | 21/01/2018                                                                                                                                                                                                |    | DIH   |               | DN 27/04/1990                                                     |  |
| PACIENTE                                        |                                               | daniel honorato pinheiro                                                                                                                                                                                  |    |       |               |                                                                   |  |
| DIAGNÓSTICO                                     |                                               | fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.                                                                                                                                          |    |       |               |                                                                   |  |
| ALERGIAS                                        |                                               | NEGA                                                                                                                                                                                                      |    |       |               |                                                                   |  |
| IDADE                                           |                                               | 27                                                                                                                                                                                                        |    | HAS   |               | neg                                                               |  |
| ITEM                                            |                                               | LEITO                                                                                                                                                                                                     |    | 220-4 |               | DM                                                                |  |
|                                                 |                                               |                                                                                                                                                                                                           |    | DATA  |               | 26/01/2018                                                        |  |
|                                                 |                                               | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                |    |       |               | HORÁRIO                                                           |  |
| 1                                               | DIETA ORAL LIVRE                              |                                                                                                                                                                                                           |    |       | SND           |                                                                   |  |
| 2                                               | SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS                   |                                                                                                                                                                                                           |    |       | 24 22:06      |                                                                   |  |
| 5                                               | dipirona 1g ev 8/8 horas                      |                                                                                                                                                                                                           |    |       | 26 24:00      |                                                                   |  |
| 6                                               | TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn |                                                                                                                                                                                                           |    |       | SN            |                                                                   |  |
| 7                                               | SSVV+CCGG 6/6 horas                           |                                                                                                                                                                                                           |    |       | ROTINHA       |                                                                   |  |
| 8                                               | CURATIVO DIARIO                               |                                                                                                                                                                                                           |    |       | DZ            |                                                                   |  |
| 9                                               | ceftazidima 2g ev 8/8 horas                   |                                                                                                                                                                                                           |    |       | 16 24:00      |                                                                   |  |
| 10                                              | metronidazol 500 mg ev 8/8 horas              |                                                                                                                                                                                                           |    |       | 14 22:06      |                                                                   |  |
| 11                                              |                                               |                                                                                                                                                                                                           |    |       | MTF           |                                                                   |  |
| 12                                              |                                               |                                                                                                                                                                                                           |    |       | MTF           |                                                                   |  |
| 13                                              |                                               |                                                                                                                                                                                                           |    |       | D             |                                                                   |  |
| 14                                              |                                               |                                                                                                                                                                                                           |    |       | 1:2:00 frente |                                                                   |  |
| 15                                              |                                               |                                                                                                                                                                                                           |    |       | com dieta     |                                                                   |  |
| 16                                              |                                               |                                                                                                                                                                                                           |    |       | sem pois      |                                                                   |  |
|                                                 |                                               | 1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |    |       |               | esta no m                                                         |  |
|                                                 |                                               | 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.                              |    |       |               | fz curativo de nose                                               |  |
|                                                 |                                               |                                                                                                                                                                                                           |    |       |               | Zilmairina A. Nascimento<br>Aux. em Enfermagem<br>COREN/RR-375556 |  |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                |                                               | Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.                     |    |       |               |                                                                   |  |
|                                                 |                                               | <br>Paulo C. Evangelista Jr.<br>Médico<br>CRM/RR 1908                                                                |    |       |               |                                                                   |  |
| SINAIS VITAIS                                   |                                               | PA                                                                                                                                                                                                        | FC | FR    | TEMP          |                                                                   |  |
| 6 H                                             |                                               |                                                                                                                                                                                                           |    |       |               |                                                                   |  |
| 12 H                                            | 124/74                                        | 69                                                                                                                                                                                                        | —  | 36°C  |               |                                                                   |  |
| 18 H                                            | 124/74                                        | 79                                                                                                                                                                                                        |    |       |               |                                                                   |  |
| 24 H                                            | 124/74                                        | 79                                                                                                                                                                                                        |    | 35,6  |               |                                                                   |  |
|                                                 |                                               | 36,4                                                                                                                                                                                                      |    |       |               |                                                                   |  |

Lidiane Evangelista Galvão  
TÉCNICA EM ENFERMAGEM  
COREN-RR 818.370 - TE

| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima                                                                                                                                                                 |                                               | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>PRESCRIÇÃO MÉDICA |  |       |      | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------|------|--------------------------------------------------------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                |                                               | 21/01/2018                                                                                                               |  | DIH   | DN   |                                                        | 27/04/1990 |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                        |                                               | daniel honorato pinheiro                                                                                                 |  |       |      |                                                        |            |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                     |                                               | fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.                                                         |  |       |      |                                                        |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                        |                                               | NEGA                                                                                                                     |  |       |      |                                                        |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                           |                                               | 27                                                                                                                       |  | HAS   | nega | DM                                                     | NEGA       |
| ITEM                                                                                                                                                                                                            |                                               | LEITO                                                                                                                    |  | 220-4 |      | DATA                                                   | 27/01/2018 |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                      |                                               |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        |            |
| 1                                                                                                                                                                                                               | DIETA ORAL LIVRE                              |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        | HORÁRIO    |
| 2                                                                                                                                                                                                               | SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS                   |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        | SN         |
| 5                                                                                                                                                                                                               | dipirona 1g ev 8/8 horas                      |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        | 14h 22.06  |
| 6                                                                                                                                                                                                               | TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        | 08h 16.24  |
| 7                                                                                                                                                                                                               | SSVV+CCGG 6/6 horas                           |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        | SN         |
| 8                                                                                                                                                                                                               | CURATIVO DIARIO                               |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        | Rotac      |
| 9                                                                                                                                                                                                               | ceftazidima 2g ev 8/8 horas                   |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        | curativo   |
| 10                                                                                                                                                                                                              | metronidazol 500 mg ev 8/8 horas              |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        | 08h 16.24  |
| 11                                                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        | 14h 22.06  |
| 12                                                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        |            |
| 13                                                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        |            |
| 14                                                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        |            |
| 15                                                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        |            |
| 16                                                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        |            |
| 1-SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE $\leq$ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                               |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        |            |
| 2-QUADRO DE HIPERTENSÃO: CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.                                    |                                               |                                                                                                                          |  |       |      |                                                        |            |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.

Pablo C. Espinosa Jr.  
Médico  
CRM-RR 1909

|               | PA     | FC | FR | TEMP |  |  |  |
|---------------|--------|----|----|------|--|--|--|
| SINAIS VITAIS |        |    |    |      |  |  |  |
| 6 H           |        |    |    |      |  |  |  |
| 12 H          | 120x70 | 66 |    | 36,3 |  |  |  |
| 18 H          | 110x70 | 73 |    | 36,5 |  |  |  |
| 24 H          | 120x70 | 72 |    | 36,5 |  |  |  |

Josiane de Souza Araújo  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 000.461.072

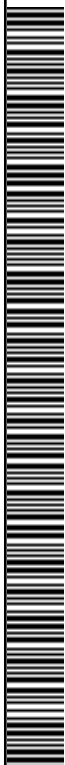
FL: 09

220

|                                                                                   |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |            |                     |                                                                                     |  |    |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------------|---------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|----|------------|
|  |        | <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |            |                     |  |  |    |            |
|                                                                                   |        | <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |            |                     |                                                                                     |  |    |            |
|                                                                                   |        | DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       | 21/01/2018 | DIH                 |                                                                                     |  | DN | 27/04/1990 |
|                                                                                   |        | PACIENTE daniel honorato pinheiro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |            |                     |                                                                                     |  |    |            |
| DIAGNÓSTICO                                                                       |        | fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |            |                     |                                                                                     |  |    |            |
| ALERGIAS                                                                          |        | NEGA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | HAS   | nega       | DM                  | NEGA                                                                                |  |    |            |
| IDADE                                                                             |        | 27                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | LEITO | 220-4      | DATA                | 30/01/2018                                                                          |  |    |            |
| ÍTEM                                                                              |        | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |            |                     | HORÁRIO                                                                             |  |    |            |
| 1                                                                                 |        | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |            |                     | D SND                                                                               |  |    |            |
| 2                                                                                 |        | SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |            |                     | D 16:24 08                                                                          |  |    |            |
| 5                                                                                 |        | dipirona 1g ev 8/8 horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |       |            |                     | D 16:24 08                                                                          |  |    |            |
| 6                                                                                 |        | TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |            |                     | D SN                                                                                |  |    |            |
| 7                                                                                 |        | SSVV+CCGG 6/6 horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |            |                     | D grafico                                                                           |  |    |            |
| 8                                                                                 |        | CURATIVO DIARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |            |                     | D Botina                                                                            |  |    |            |
| 9                                                                                 |        | ceftazidima 2g ev 8/8 horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |            |                     | D 16:24 08                                                                          |  |    |            |
| 10                                                                                |        | metronidazol 500 mg ev 8/8 horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |       |            |                     | D 14:24 08                                                                          |  |    |            |
| 11                                                                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |            |                     | NTE                                                                                 |  |    |            |
| 12                                                                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |            |                     |                                                                                     |  |    |            |
| 13                                                                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |            |                     |                                                                                     |  |    |            |
| 14                                                                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |            |                     |                                                                                     |  |    |            |
| 15                                                                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |            |                     |                                                                                     |  |    |            |
| 16                                                                                |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |            |                     |                                                                                     |  |    |            |
|                                                                                   |        | <b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350:6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA<br><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO. |       |            |                     |                                                                                     |  |    |            |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                           |        | Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.                                                                                                                                                                                                                   |       |            |                     |                                                                                     |  |    |            |
|                                                                                   |        | <br>Denisson Dias Braga<br>CRM-RR 1908                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |            |                     |                                                                                     |  |    |            |
|                                                                                   | PA     | FC                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | FR    | TEMP       |                     |                                                                                     |  |    |            |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                              |        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |            |                     |                                                                                     |  |    |            |
| 6 H                                                                               | 100x60 | 60                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | 36.2       | Denisson Dias Braga |                                                                                     |  |    |            |
| 12 H                                                                              | 104x62 | 58                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | 36.2       |                     |                                                                                     |  |    |            |
| 18 H                                                                              | 133x94 | 73                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | 36.2       |                     |                                                                                     |  |    |            |
| 24 H                                                                              | 100x60 | 67                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |       | 36.6       | Denisson Dias Braga |                                                                                     |  |    |            |

COREN-RR 001405.031 TE,

|                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|--------------|-------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
| <br>GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima                                                  |  | <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |              |             | <br>ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA |                |
|                                                                                                                                                                                       |  | <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
|                                                                                                                                                                                       |  | <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
|                                                                                                                                                                                       |  | <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| <b>DATA DE ADMISSÃO</b>                                                                                                                                                               |  | 21/01/2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |           | <b>DIH</b>   |             |                                                                                                                                               |                |
| <b>PACIENTE</b>                                                                                                                                                                       |  | daniel honorato pinheiro                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                                                                                                                    |  | fratura de f1 de quarto qde + tercelro mtc d + f1 de quinto qde.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| <b>ALERGIAS</b>                                                                                                                                                                       |  | <b>NEGA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           | <b>HAS</b>   |             | <b>DM</b>                                                                                                                                     |                |
| <b>IDADE</b>                                                                                                                                                                          |  | 27                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |           | <b>LEITO</b> |             | 220-4                                                                                                                                         |                |
| <b>ITEM</b>                                                                                                                                                                           |  | <b>PRESCRIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |           |              |             |                                                                                                                                               | <b>HORÁRIO</b> |
| 1                                                                                                                                                                                     |  | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 2                                                                                                                                                                                     |  | SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 5                                                                                                                                                                                     |  | dipirona 1g ev 8/8 horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 6                                                                                                                                                                                     |  | TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 7                                                                                                                                                                                     |  | SSVV+CCGG 6/6 horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 8                                                                                                                                                                                     |  | CURATIVO DIARIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 9                                                                                                                                                                                     |  | ceftazidima 2g ev 8/8 horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 10                                                                                                                                                                                    |  | metronidazol 500 mg ev 8/8 horas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 11                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 12                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 13                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 14                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 15                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 16                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
|                                                                                                                                                                                       |  | <b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA<br><br><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO . |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                               |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico. |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
|                                                                                                                                                                                       |  | <b>PA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>FC</b> | <b>FR</b>    | <b>TEMP</b> |                                                                                                                                               |                |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 6 H                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 12 H                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 18 H                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |
| 24 H                                                                                                                                                                                  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |           |              |             |                                                                                                                                               |                |



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

Paciente vítima acidente metalista com (DPT: 21/01/18)  
com trauma max(E)

Procedimento cirúrgico ortopédico

Ex fênix + Ra

Dr. Alberto / Dr. Leonardo  
CRM-RR 1617  
Título Especialista TEOT - 12603

Dr. Leonardo do Rabelo  
Residente em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1715

Fx 4º, 5º falange proximal mão E + Fx 3º MTC d(E)

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

Ortomonitoria Fx 4º, 5º falange proximal d(E) + Fx 3º MTC d(E)

25 - CLASSE

Ortopedia

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

Dr. Alberto / Dr. Leonardo

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

31/01/18

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TIPO

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAIÇÃO

36 - CID. SCIENTIFICO

37 - Nº DO BILHETE

38 - CÔDIGO

39 - Nº DO BILHETE

40 - CNES DA EMPRESA

41 - CSOR

42 - TÍTULO COMPREENDIDO

43 - INVESTIGADOR

44 - AUTOR

45 - RESPONSÁVEL

46 - IMPOSTADO

47 - Nº DO BILHETE

48 - Nº DO BILHETE

49 - Nº DO BILHETE

50 - Nº DO BILHETE

51 - Nº DO BILHETE

52 - Nº DO BILHETE

53 - Nº DO BILHETE

54 - Nº DO BILHETE

55 - Nº DO BILHETE

56 - Nº DO BILHETE

57 - Nº DO BILHETE

58 - Nº DO BILHETE

59 - Nº DO BILHETE

60 - Nº DO BILHETE

61 - Nº DO BILHETE

62 - Nº DO BILHETE

63 - Nº DO BILHETE

64 - Nº DO BILHETE

65 - Nº DO BILHETE

66 - Nº DO BILHETE

67 - Nº DO BILHETE

68 - Nº DO BILHETE

69 - Nº DO BILHETE

70 - Nº DO BILHETE

71 - Nº DO BILHETE

72 - Nº DO BILHETE

73 - Nº DO BILHETE

74 - Nº DO BILHETE

75 - Nº DO BILHETE

76 - Nº DO BILHETE

77 - Nº DO BILHETE

78 - Nº DO BILHETE

79 - Nº DO BILHETE

80 - Nº DO BILHETE

81 - Nº DO BILHETE

82 - Nº DO BILHETE

83 - Nº DO BILHETE

84 - Nº DO BILHETE

85 - Nº DO BILHETE

86 - Nº DO BILHETE

87 - Nº DO BILHETE

88 - Nº DO BILHETE

89 - Nº DO BILHETE

90 - Nº DO BILHETE

91 - Nº DO BILHETE

92 - Nº DO BILHETE

93 - Nº DO BILHETE

94 - Nº DO BILHETE

95 - Nº DO BILHETE

96 - Nº DO BILHETE

97 - Nº DO BILHETE

98 - Nº DO BILHETE

99 - Nº DO BILHETE

100 - Nº DO BILHETE

25 ABR. 2018

040802.0539-5626

V 195



## BOLETIM OPERATÓR

BOLETIM OPERATÓRIO

Date: 31/01/18 O.S. \_\_\_\_\_

Donner  
Honolulu

ENTRADA DE

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: MÚLTIPLOS DDDOS

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: 2 - 3 - DDDO

TIPO DE INTERVENÇÃO: MNT / FREQ MONITORADO

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO: M. Benato 1º AUXILIAR: M. Loureiro  
2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_ ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

## RELATÓRIO CIRURGICO

OSTRESSANTE DE 4 B. DOPO MATE

- 1) Puntate con conzio nel 503  
ONOS POSIA'
- 2) ASSORTIRE ON DISCIPOLAR COMPES
- 3) FIKALD CON FOSK (1M)
- 4) RX CARMOLE F. FIKALD

25 ABR. 2018





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Assessoria Jurídica nos Brás

FICHA DE ANESTESIA

Daniel Henrique Linhares

Idol. 27 anos

| PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO |                            | Nº 31/04/18                  |                                      |
|----------------------------------------------|----------------------------|------------------------------|--------------------------------------|
| Etanol 50 mg<br>midazolam 2,5 mg             |                            |                              |                                      |
| 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45          |                            |                              |                                      |
| AGENTES                                      | N 20 02                    |                              |                                      |
| LIQUIDOS VENOSOS                             | A M 150 150<br>V D 500 500 |                              |                                      |
| DA                                           | °C                         | 240                          |                                      |
| X                                            | 38                         | 220                          |                                      |
| ULSO                                         | 36                         | 200                          |                                      |
| O                                            | 34                         | 180                          |                                      |
| ANES                                         | 32                         | 160                          |                                      |
| X                                            | 30                         | 140                          |                                      |
| OP                                           |                            | 120                          |                                      |
| O                                            |                            | 100                          |                                      |
| TEMP                                         |                            | 80                           |                                      |
| ASPIR.                                       |                            | 60                           |                                      |
| A                                            |                            | 40                           |                                      |
| RESP                                         |                            | 20                           |                                      |
| O                                            |                            |                              |                                      |
| Expost                                       |                            |                              |                                      |
| Assist                                       |                            |                              |                                      |
| Contro                                       |                            |                              |                                      |
| SIMBOLOS                                     |                            |                              |                                      |
| AGENTES                                      | DOSES                      | TÉCNICA                      | ANOTAÇÕES                            |
| A                                            | Etanol 50 mg               | Intubação de Flexo           | + monitorização + checklist          |
| B                                            | Midazolam 2,5 mg           | Preparação E. via su-        | 1) Q 100% 2L/min                     |
| C                                            |                            | perforada e                  | 2) Prémio e adrenergia. 1 clonid 70. |
| D                                            |                            | óxido E. gás                 | identificação de estímulos e pleo.   |
| E                                            |                            | pré 156                      | Preparação E / oxigenação negativa.  |
| F                                            |                            | 12 minutos Equilíbrio        | P / sangue, injeção no seio do       |
| G                                            |                            | Os auto cloro másc.          | plexo deles. 15 minutos 150 mg       |
| GLICOSE                                      | LIQUIDOS                   | Cânula - Neso / Oro Faríngea | 3) Gafelina 2g                       |
| HDCC                                         |                            | Naso / Orotraqueal - Cega    | 4) Etanol 50 mg + midazolam 2,5      |
| SANGUE                                       |                            | Bal - Tamp - Calibre do Tubo | 5) Propofol 25 mg                    |
|                                              | 500, 8% 1000ml             | Sob Máscara                  |                                      |
| TOTAL                                        | 500 ml                     | Dificuldade Técnica          |                                      |
| OPERAÇÃO                                     |                            | TEMPO DE ANESTESIA           |                                      |
|                                              |                            | 30:00                        |                                      |
| Observância de função Tolange proximal.      |                            |                              |                                      |
| do 425 - dolo mco E                          |                            |                              |                                      |
| ANESTESIA                                    | CÓDIGO                     | CIRURGIÃO                    | PELODA SANGÜINEA                     |
| Dr. Eudes                                    |                            | Dr. Alberto                  |                                      |
| Dr. Daniel                                   |                            | Dr. Leonardo                 |                                      |
| Entrevista O SRPA                            |                            |                              |                                      |

Enano Thiago O. C. Pinto  
MÉDICO  
CRM/RJ 1026



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

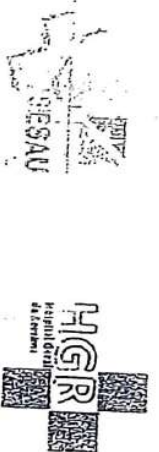
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

**RECETA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA**

|                                                                                 |                            |                    |                            |                              |              |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|------------------------------|--------------|
| NOME DO PACIENTE                                                                |                            | Idade: 27          | APT OU LEITO               | Nº DO PRONTUÁRIO             | DATA         |
| Daniel Henrique Pinheiro                                                        |                            | 220-4              |                            |                              | 31 / 01 / 20 |
| <b>CIRURGIA</b>                                                                 |                            |                    |                            |                              |              |
| TIPO                                                                            |                            |                    | TEMPO DE DURAÇÃO           |                              |              |
| Osteossíntese fixação de alça proximal                                          |                            |                    | INICIO                     | FIM                          | TEMPO TOTAL  |
| 4ª, 5ª mão (E)                                                                  |                            |                    | 10:25                      | 11:00                        |              |
| <b>EQUIPE MÉDICA</b>                                                            |                            |                    |                            |                              |              |
| CIRURGIÃO                                                                       |                            | ANESTESISTA:       |                            | D: Eudes                     |              |
| 1º AUXILIAR                                                                     |                            | RES. ANESTESIA:    |                            | D: Danielle                  |              |
| 2º AUXILIAR                                                                     |                            | INSTRUMENTADOR     |                            |                              |              |
|                                                                                 |                            | CIRCULANTE         |                            | D: Raimundo                  |              |
| TIPO DE ANESTESIA: B P B                                                        |                            | TEMPO DE DURAÇÃO:  |                            |                              |              |
| QUANT.                                                                          | MATERIAIS                  | VALOR              | QUANT                      | MEDICAMENTOS                 | VAL          |
| 7                                                                               | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID. |                    | 1                          | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO    | 500ml        |
| 1                                                                               | PACOTES GAZE               |                    |                            | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO |              |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 7.0           |                    |                            | FRASCOS- SORO GLICOSADO      |              |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 7.5           |                    |                            | FIO VICRYLNº                 |              |
| 1                                                                               | LUVA ESTERIL 8.0           |                    | 1                          | FIO MONONYLON Nº             | 2+0          |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 8.5           |                    |                            | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº    |              |
|                                                                                 | LUVAS P/PROCEDIMENTOS      |                    |                            | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº    |              |
| 1                                                                               | LÂMINA BISTURINº 15        |                    |                            | FIO CATGUT SIMPLES Nº        |              |
|                                                                                 | DRENO DE SUÇÃO Nº          |                    |                            | FIO CATGUT CROMADO Nº        |              |
|                                                                                 | DRENO DE TORAX Nº          |                    |                            | FIO PROLENE Nº               |              |
|                                                                                 | DRENO DE PENROSE Nº        |                    |                            | FIO SEDA Nº                  |              |
|                                                                                 | SERINGA 01ML               |                    |                            | SURGICEL                     |              |
|                                                                                 | SERINGA 03ML               |                    |                            | CERA P/ OSSO                 |              |
| 1                                                                               | SERINGA 05 ML              |                    |                            | KIT CATARATANº               |              |
| 1                                                                               | SERINGA 10ML               |                    |                            | GEOFOAM                      |              |
| 7                                                                               | SERINGA 20ML               |                    |                            | FITA CARDIACA                |              |
| 1                                                                               | Cateter 02                 |                    |                            | OUTROS: 40 P. W + 100ml      |              |
| 1                                                                               | Elétricos                  |                    |                            | slings + 100ml               |              |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                            |                    | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |                              |              |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              |                            | ENFERMEIRA CHEFE   | MATERIAL MEDICAMENTOS      |                              |              |
| FUNÇÃOÁRIO/CALCULOS                                                             |                            | CIRCULANTE DE SALA |                            |                              |              |
|                                                                                 |                            |                    | SUB- TOTAL                 |                              |              |
|                                                                                 |                            |                    | TAXA DE SALA               |                              |              |
|                                                                                 |                            |                    | TAXA DE ANESTESIA          |                              |              |
|                                                                                 |                            |                    | SOMA                       |                              |              |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE                                           |                            |                    |                            |                              |              |



**MA - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**CENTRO CIRÚRGICO/SRPA**



NOME: Daniel Henrique Costa

**DADOS PRÉ-OPERATÓRIO**

**TRANSOPERATÓRIO**

**SRPA**

Sinais Vitais:

T P PA SPO2

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

1h 15' 30' 45' 2h 30' 4h30 2h

Entrada na Sala Início da Anestesia Término Cirurgia Saída S.O.

9.56 20.25 9.58 11.00

Cirurgia Realizada Anestesia Posição: Prone

Dr. Roberto B. B.

Hidratação Infiltração Antibiótico Terapias

Sf a 0.9% Nome: Chlorhexidina

Sf a 10% Dose: 2g

Outros: Plasma

Nº de compressas aferidas: 0

Nº de compressas recolhidas: 0

Sinais Vitais: Antônio Patr. Vilco

T: 36.5 °C P: 120 bpm

SAT: 95 % R: 18 rpm

( ) Regular ( ) Irregular

FC: 75 bpm PA: 120/80 mmHg

( ) Outros: 0

Exames na SO: ( ) Ht ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) Razo X

( ) Outros: 0

Legenda

1. Eletrodo 2

2. Oclmto 2

3. PVC 2

4. Placa de Bisturi 2

5. Lincido 2

6. Cateter 2

7. Vendicise 2

8. Dreno 2

9. SNG 2

10. Faixa de Smarch 2

11. Outros: 0

Destino: SRPA ( ) UTI ( ) Outros:

Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPURF - AM/ 2000 -

Assinatura: [Assinatura]

Saída: [Assinatura]

Entrada: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Saída: [Assinatura]

Entrada: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]

Saída: [Assinatura]

Entrada: [Assinatura]

Assinatura: [Assinatura]



PRESCRIÇÃO DIÁRIA

Governo do Estado do Rio de Janeiro  
Secretaria de Saúde

|                 |        |       |                |
|-----------------|--------|-------|----------------|
| UNIDADE / SEIOr | QUARTO | LEITO | Nº DE REGISTRO |
|-----------------|--------|-------|----------------|

NOME DO PAZIENTE

Doniel Honorato Pinheiro

PROFISSIONAL RESPONSÁVELS

| DATA / HORA | PRESCRIÇÃO                                             | RELATÓRIO DE ENFERMAGEM |                                                 |
|-------------|--------------------------------------------------------|-------------------------|-------------------------------------------------|
|             |                                                        | HORÁRIO                 | OBSERVAÇÃO                                      |
| 31/01/18    | # Fk falange proximal 4º e 5º dedos +<br>Ex 3º MTC a F |                         | 18:00 PA = 123177mm<br>PAU = 626g<br>T = 35.0°C |
|             | 1) Celestina 2g EV 8/8h 15USP/8h                       |                         |                                                 |
|             | 2) Dita oral livre após SRPA                           |                         |                                                 |
|             | 3) Sp09-1 500 ml EV nas 24h                            | → SVD                   |                                                 |
|             | 4) Celestina 2g EV 8/8h                                | → 16:24:08              |                                                 |
|             | 5) Metronidazol 500mg EV 8/8h                          | → 19:02:00              |                                                 |
|             | 6) Tramadol 100mg EV 8/8h (Antes)                      | → SN                    | PA: 135x84<br>FC 67                             |
|             | 80,9-1.100ml & der interna                             |                         |                                                 |
|             | 7) Dipsirona 1g EV 6/6h                                | → 12:13:34.00           |                                                 |
|             | 8) Plavix 10mg EV 8/8h                                 | → 14:22:06              |                                                 |
|             | 9) Grapotel 40mg EV 1x/dia manhã                       | → 06                    |                                                 |
|             | 10) Curatol 40mg EV                                    | → m                     |                                                 |
|             | 11) SSU-1 + CCG 6/6h                                   | → Retire                |                                                 |
|             | Morfina 1mg + 3mg AD 1h/3h                             |                         | M dor in ten                                    |



220-3

| GOVERNO DE RORAIMA<br>Hospital Geral de Roraima                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               | HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA<br>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |       |      |            | ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|------------|--------------------------------------------------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                               | 21/01/2018                                                                                          | DIH   | DN   |            | 27/04/1990                                             |  |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                               | daniel honorato pinheiro                                                                            |       |      |            |                                                        |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                               | fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.                                    |       |      |            |                                                        |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                               | NEGA                                                                                                |       |      |            |                                                        |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                               | 27                                                                                                  | HAS   | nega | DM         | NEGA                                                   |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               | LEITO                                                                                               | 220-4 | DATA | 01/02/2018 |                                                        |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               | PRESCRIÇÃO                                                                                          |       |      |            | HORÁRIO                                                |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DIETA ORAL LIVRE                              |                                                                                                     |       |      | -D 5ND     |                                                        |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS                   |                                                                                                     |       |      | -D 16 24   |                                                        |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | dipirona 1g ev 8/8 horas                      |                                                                                                     |       |      | -D 16 24   |                                                        |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn |                                                                                                     |       |      | -D 16 24   |                                                        |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SSVV+CCGG 6/6 horas                           |                                                                                                     |       |      | -D 16 24   |                                                        |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CURATIVO DIARIO                               |                                                                                                     |       |      | -D 16 24   |                                                        |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | ceftazidima 2g ev 8/8 horas                   |                                                                                                     |       |      | -D 16 24   |                                                        |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | metronidazol 500 mg ev 8/8 horas              |                                                                                                     |       |      | -D 16 24   |                                                        |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                                                                                     |       |      |            |                                                        |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                                                                                     |       |      |            |                                                        |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                                                                                     |       |      |            |                                                        |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                                                                                     |       |      |            |                                                        |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                                                                                     |       |      |            |                                                        |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                               |                                                                                                     |       |      |            |                                                        |  |
| <p><b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; &gt;400: 10UI E OU GLICOSE <math>\leq</math> 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> <p><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS &gt; 160 E OU PAD &gt; 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APÓS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO.</p> |                                               |                                                                                                     |       |      |            |                                                        |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                               |                                                                                                     |       |      |            |                                                        |  |
| Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.                                                                                                                                                                                                                                                        |                                               |                                                                                                     |       |      |            |                                                        |  |
| <p style="text-align: right;">Pablo C. Echeverri<br/>Médico<br/>CRM-RR 1092</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                               |                                                                                                     |       |      |            |                                                        |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                               | PA                                                                                                  | FC    | FR   | TEMP       |                                                        |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 123x83                                        | 64                                                                                                  | 20    | 36,0 |            |                                                        |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                               |                                                                                                     |       |      |            |                                                        |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 144x93                                        | 83                                                                                                  | 19    | 36   |            |                                                        |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 143x89                                        | 75                                                                                                  | 20    | 36,0 |            |                                                        |  |
| <p>18h. Adm medicação de horário, conforme prescrição médica.<br/>Erinalda Soares Pinheiro<br/>COREN-RR 1.223.379 TE<br/>11/02/2018</p> <p>Obs.: Curativo não realizado por falta de álcool estéril.<br/>Ass: [Assinatura]</p>                                                                                                                                                                                                               |                                               |                                                                                                     |       |      |            |                                                        |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                  | <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b><br><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b> |       |      |            |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|--|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                  | 21/01/2018                                                                                                                                           | DIH   |      | DN         | 27/04/1990                                                                          |  |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | daniel honorato pinheiro                                         |                                                                                                                                                      |       |      |            |                                                                                     |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde. |                                                                                                                                                      |       |      |            |                                                                                     |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | NEGA                                                             | HAS                                                                                                                                                  | nega  | DM   | NEGA       |                                                                                     |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 27                                                               | LEITO                                                                                                                                                | 220-4 | DATA | 03/02/2018 |                                                                                     |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | PRESCRIÇÃO                                                       |                                                                                                                                                      |       |      |            | HORÁRIO                                                                             |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DIETA ORAL LIVRE                                                 |                                                                                                                                                      |       |      |            | SN                                                                                  |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SF 0,9% 500 ML EV 8/8 HORAS                                      |                                                                                                                                                      |       |      |            | 16 24 08                                                                            |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | dipirona 1g ev 8/8 horas                                         |                                                                                                                                                      |       |      |            | 10 18 02                                                                            |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | TRAMAL 50 MG + SF 0,9% 250 ML EV 6/6 HORAS sn                    |                                                                                                                                                      |       |      |            | SN                                                                                  |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | SSVV+CCGG 6/6 horas                                              |                                                                                                                                                      |       |      |            | Pélino                                                                              |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | CURATIVO DIARIO                                                  |                                                                                                                                                      |       |      |            | Pélino                                                                              |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | ceftazidima 2g ev 8/8 horas                                      |                                                                                                                                                      |       |      |            | 16 24 05                                                                            |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | metronidazol 500 mg ev 8/8 horas                                 |                                                                                                                                                      |       |      |            | 14 22 05                                                                            |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                                                                                      |       |      |            |                                                                                     |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                                                                                      |       |      |            |                                                                                     |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                                                                                      |       |      |            |                                                                                     |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                                                                                      |       |      |            |                                                                                     |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                                                                                      |       |      |            |                                                                                     |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                  |                                                                                                                                                      |       |      |            |                                                                                     |  |
| <b>1-SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 60 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA<br><b>2-QUADRO DE HIPERTENSÃO:</b> CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMH. AFERIR PA 20 MIN APOS, SE PA SE MANTIVER ELEVADA ACIMA DOS VALORES SUPRACITADOS CHAMAR PLANTÃO. |                                                                  |                                                                                                                                                      |       |      |            |                                                                                     |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                  |                                                                                                                                                      |       |      |            |                                                                                     |  |
| Paciente apresenta fratura de fratura de f1 de quarto qde + terceiro mtc d + f1 de quinto qde.nega comorbidades nega alergias nega outras queixas. Paciente em seguimento ortopedico.                                                                                                                                                                                                                    |                                                                  |                                                                                                                                                      |       |      |            |                                                                                     |  |
| <br>Pablo C. Eschavari<br>Médico<br>CRP 1908                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                  |                                                                                                                                                      |       |      |            |                                                                                     |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                  | PA                                                                                                                                                   | FC    | FR   | TEMP       |                                                                                     |  |
| 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 \_\_\_\_\_ ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, COM  
DIAGNÓSTICO DE \_\_\_\_\_

NO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE \_\_\_\_\_ SENDO

OPERADO PELO DR. \_\_\_\_\_ E DR. \_\_\_\_\_

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ÀS \_\_\_\_\_, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_, ÀS \_\_\_\_\_, COM O  
DR. \_\_\_\_\_

**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, \_\_\_\_\_

Pablo C. Echeverren Jr.  
Médico  
CRM-FM 1908  
MÉDICO

25 ABR. 2018



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Dani Honorato Finkbe 24 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 21/01/18, COM  
DIAGNÓSTICO DE fratura de múltiplos Dentes  
NO DIA 31/01/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Osteomielite de fratura de múltiplos Dentes SEMCO  
OPERADO PELO DR. Alberto E DR. Guarab  
RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 03/02/18 ÀS 11:00, COM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.  
COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 13/02/18 ÀS 14:00 HORAS, COM O  
DR. Alberto

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.

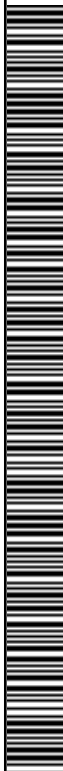
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Alberto

BOA VISTA

03/02/18  
25 ABR. 2018

MÉDICO  
Pablo G. Escobar  
CRM-RR 1908





23 ABR 2018



1/2/2018 10:37:37

73,1 %



1/2/2018 10:37:37

67,7 %

DANIEL HONORATO PINHEIRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. ANTONIA

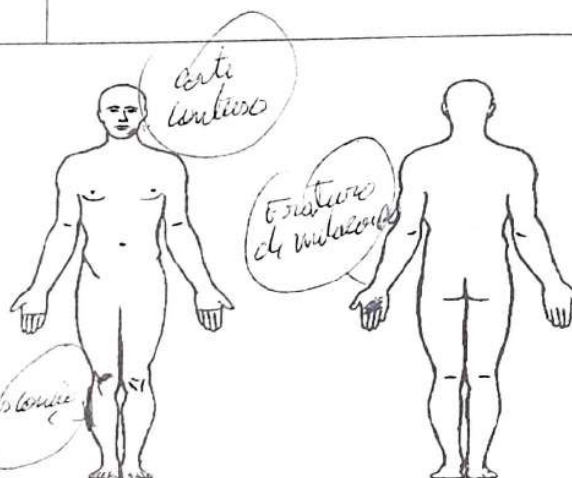
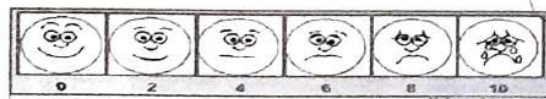


| FICHA DE ATENDIMENTO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Nº                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|----------|-----------------|-----------|----------|-----------------|-----------|-----|---------|----|----|---------|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|----|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
|  <b>PREFEITURA BOA VISTA</b><br>Trabalhar e Cuidar das Pessoas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  <b>SAMU 192</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| UNIDADE: <b>Bravo I</b> EQUIPE: <b>Eric Douglas Carol Futuro</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Paciente: <b>Daniel Monarato Pinheiro</b> Idade: <b>27</b> Sexo: <b>M</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nacionalidade: <b>Brasileiro</b> Raça: <input checked="" type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Parda <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Indígena-Etnia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Endereço: <b>Av. N. 23</b> Bairro: <b>S. Hilário Campo</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Nº <b>1164</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | DATA <b>23/03/2018</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | HORA J/9: <b>2:10</b> BASE ( ) VIA (x) <input checked="" type="checkbox"/> RÁDIO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: <b>Dr. Carlos</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | HORA J/10: <b>2:17</b> ( ) CELULAR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MOTIVO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> SOCORRO <input checked="" type="checkbox"/> TRANSPORTE <input checked="" type="checkbox"/> ATENDIDO NO LOCAL <input checked="" type="checkbox"/> OUTRO <b>Transmissão</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora (x) / 1 a 3 horas ( ) / 4 a 24 horas (x) / Mais de 24 horas (x) / Não sabe (x)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| MECANISMO DE TRAUMA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>AUTOMÓVEL</b><br><input type="checkbox"/> Capotamento<br><input type="checkbox"/> Atropelamento<br><input type="checkbox"/> Colisão AUTO x<br><input type="checkbox"/> Motocicleta<br><input checked="" type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro<br><input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro<br><b>PEDESTRE</b><br><input type="checkbox"/> Atropelamento<br><input type="checkbox"/> VIA <input type="checkbox"/> CALÇADA                                                                                                                                                                           | <b>AUTOMÓVEL</b><br><input type="checkbox"/> Uso do cinto<br><input type="checkbox"/> Última projetada<br><input type="checkbox"/> Última encarcerada<br><input type="checkbox"/> Air Bag Acionado<br><b>MOTOCICLETA / BICICLETA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO x <b>MOTO</b><br><input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Com capacete<br><input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Sem capacete<br><input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta<br><input checked="" type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Garupa | <b>VIOLÊNCIA</b><br><input type="checkbox"/> FAB<br><input type="checkbox"/> FAF<br><input type="checkbox"/> Espancamento<br><input type="checkbox"/> Violência Doméstica<br><input type="checkbox"/> Violência Sexual<br><input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio<br><input type="checkbox"/> Outro: _____<br><b>OUTROS</b><br><input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho <input type="checkbox"/> Local <input type="checkbox"/> Trajeto<br><input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.:<br><input type="checkbox"/> Acidente Doméstico<br><input type="checkbox"/> Queimadura/Agente<br><input type="checkbox"/> Afogamento<br><input type="checkbox"/> Agressão p/ animal<br><input type="checkbox"/> Outros: _____ |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AVALIAÇÃO INICIAL                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>VIAS AÉREAS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Livre<br><input type="checkbox"/> Obstrução Parcial<br><input type="checkbox"/> Obstrução Total<br><input type="checkbox"/> Corpo estranho<br><input type="checkbox"/> Edema de Glote<br><input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>VENTILAÇÃO</b><br><input type="checkbox"/> Apnéia<br><input type="checkbox"/> Dispnéia<br><input type="checkbox"/> Bradipnéia<br><input type="checkbox"/> Taquipnéia<br><input type="checkbox"/> Róncos<br><input type="checkbox"/> Sibilos<br><input type="checkbox"/> Respiração paradoxal                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>CIRCULAÇÃO</b><br><input type="checkbox"/> Bradicárdico<br><input type="checkbox"/> Taquicárdico<br><input type="checkbox"/> Arritmico<br><input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2"<br><input type="checkbox"/> Ausente<br><input type="checkbox"/> Cianose central<br><input type="checkbox"/> Cianose de extremidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>AV. NEUROLÓGICA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> AVDN<br><input type="checkbox"/> Miose<br><input type="checkbox"/> Midríase<br><input type="checkbox"/> Anisocoria <input type="checkbox"/> D <input type="checkbox"/> E<br><input checked="" type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado<br><input type="checkbox"/> DNV                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| SINAIS VITAIS E ESCORES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Hora                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | P.A mm/hg                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | F.C Bpm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Início <b>3:00</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>130x70</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>90</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| Fim                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>130x70</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | <b>90</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Pele</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Corada<br><input type="checkbox"/> Quente<br><input type="checkbox"/> Pálida<br><input type="checkbox"/> Fria<br><input type="checkbox"/> Úmida<br><input type="checkbox"/> Seca<br><input type="checkbox"/> Cianótica                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>Cabeça</b><br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriação<br><input type="checkbox"/> Laceração<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Afundamento<br><input checked="" type="checkbox"/> Fer. penetrante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | <b>Face</b><br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input checked="" type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Ferimento ocular<br><input type="checkbox"/> Luxação<br><input type="checkbox"/> Mandíbula                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Pescoço</b><br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Desvio da traquéia<br><input type="checkbox"/> Erifema sub-cutâneo                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Tórax</b><br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Tórax instável<br><input type="checkbox"/> Taponamento<br><input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa<br><input type="checkbox"/> Empalamento                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>Abdome</b><br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Distendido<br><input type="checkbox"/> Em tábua<br><input type="checkbox"/> Doloroso<br><input type="checkbox"/> Evisceração                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>Pelve</b><br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Dor<br><input type="checkbox"/> Instabilidade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <b>Coluna Dorsal</b><br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input type="checkbox"/> Hematoma<br><input type="checkbox"/> Dor<br><input type="checkbox"/> Escoriações                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <b>MMSS</b><br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input checked="" type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Luxações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input checked="" type="checkbox"/> Fratura<br><input type="checkbox"/> Amputação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <b>MMII</b><br><input type="checkbox"/> Contusão<br><input checked="" type="checkbox"/> Escoriações<br><input type="checkbox"/> Luxações<br><input type="checkbox"/> Lacerações<br><input type="checkbox"/> Fratura<br><input type="checkbox"/> Amputação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <b>QUEIMADURAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <table border="1"><thead><tr><th></th><th>CABEÇA</th><th>PESCOÇO</th><th>TÓRAX</th><th>ANTERIOR</th><th>TÓRAX POSTERIOR</th><th>GENITALIA</th><th>MSD</th><th>USE</th><th>MD</th><th>ME</th><th>TOTAL %</th></tr></thead><tbody><tr><td>1ª</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>2ª</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr><tr><td>3ª</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr></tbody></table> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       | CABEÇA   | PESCOÇO         | TÓRAX     | ANTERIOR | TÓRAX POSTERIOR | GENITALIA | MSD | USE     | MD | ME | TOTAL % | 1ª |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 2ª |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  | 3ª |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | CABEÇA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PESCOÇO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | TÓRAX | ANTERIOR | TÓRAX POSTERIOR | GENITALIA | MSD      | USE             | MD        | ME  | TOTAL % |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1ª                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 2ª                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3ª                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AVALIAÇÃO CARDIACA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal<br><input type="checkbox"/> Taquicardia<br><input type="checkbox"/> Bradicardia<br><input type="checkbox"/> Flutur                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial<br><input checked="" type="checkbox"/> Fibrilação ventricular<br><input type="checkbox"/> Assistolia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <input type="checkbox"/> Respiratória<br><input type="checkbox"/> Neurológica<br><input type="checkbox"/> Psiquiátrica<br><input type="checkbox"/> Metabólica<br><input type="checkbox"/> Cardiovascular<br><input type="checkbox"/> Aborto                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| AFEÇÃO CLÍNICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Digestiva<br><input type="checkbox"/> Infecçiosa<br><input type="checkbox"/> Obstrutiva<br><input type="checkbox"/> Pediátrica<br><input type="checkbox"/> Outra                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | <input type="checkbox"/> Diabetes<br><input type="checkbox"/> Cardiopatia<br><input type="checkbox"/> HAS<br><input checked="" type="checkbox"/> Medicação de uso <b>MS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| HISTÓRIA PREGRESSA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Alergias<br><input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| GRAVIDADE COMPROVADA <input type="checkbox"/> NULO <input checked="" type="checkbox"/> PEQUENA <input checked="" type="checkbox"/> MÉDIA <input checked="" type="checkbox"/> SEVERA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| ASSINATURA E CARIMBO MÉDICO (Unidade de Destino)                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 21 JAN 2018                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| INCIDENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Cancelamento<br><input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento<br><input checked="" type="checkbox"/> Não se encontrava no local<br><input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização<br><input type="checkbox"/> Tróte<br><input type="checkbox"/> Bombeiro no local:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| RCP                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ Término as: _____<br><input type="checkbox"/> RCP com sucesso<br><input type="checkbox"/> RCP sem sucesso<br><input type="checkbox"/> Obs: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| DESTINO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Atendido no local<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR<br><input type="checkbox"/> Pronto Atendimento<br><input type="checkbox"/> Coronel Mota                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS<br><input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSCA<br><input checked="" type="checkbox"/> HMINSN                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| <input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR<br><input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI<br><input type="checkbox"/> Outros                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |       |          |                 |           |          |                 |           |     |         |    |    |         |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |    |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

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

| GESTANTE                                                                | MATERIAL E MEDICAÇÃO |
|-------------------------------------------------------------------------|----------------------|
| IG p/ semana: _____ Movimentos fetais: _____                            |                      |
| Perda de líquido: _____ BCF: _____                                      |                      |
| <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão |                      |

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



### EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Exames realizados p/ vídeo observando de natureza torácica  
pela Central de radiologia. Motu x moto. Vítima desorientada  
aparentemente deslizada. Com fratura fechada de metacarpo  
esquerdo, coste lateral, na região do 4º e 5º, fratura MI  
distal, radiografando p/ comunicado, a Central de radiologia  
que não orientou a conduzir p/ O.G.T. HGR

DOCUMENTO  
ORIGINAL

23.03.18  
Stephania

Dough  
997045

25 ABR. 2018

21/01/2018

Guia de Atendimento 02 ...

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

HGR

21/01/2018 04:04:12

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA NOTURNO 19- 11

Paciente: DANIEL HONORATO PINHEIRO Data Nascimento: 27/04/1990 Idade: 27 A 8 M 24 D CNS: CPF: 07 Prontuário:

Tipo Doc: Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade  
IDENTIDADE M SOLTEIRO(A) PARDA BOA VISTA - RR BRASILEIRA

Mãe: RAIMUNDA HONORATO DA SILVA Pai: Contato:

Endereço: RUA - CC 20 - 180 - CONJUNTO CIDADAO - BOA VISTA - RR Ocupação:

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

Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão

Sector: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por: ALEXSANDRO.PEREIRA

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

Anamnese de Enfermagem: ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

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

DOCUMENTO ORIGINAL

Condução:  
☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelia  
☒ Transferência para: Ambulatório  
Wendell Rabelo Médico CRM-RR 1965 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

Impresso por: alexsandro.pereira  
Data Hora: 21/01/2018 04:04:41

25 ABR. 2018

1800897165

*Efdr*

Parant sobre a  
de proconulitea  
prova em sentença em parte  
de F1 de 4: QDE +  
3: parte D + F1 de 5: QDE

CD: QDE + parte D + F1 de 5: QDE +  
análise de Att.

QDE + parte D + F1 de 5: QDE +  
- no texto original

Paulo C. Echeverria Jr.  
Márcio  
CRISTIAN 1908

Paulo C. Echeverria Jr.  
Márcio  
CRISTIAN 1908

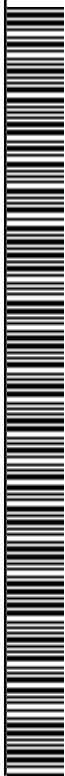


DOCUMENTO  
ORIGINAL

25 ABR. 2018

| SUS Sistema Único de Saúde                                                                                                 |  | Ministério da Saúde |  | LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|---------------------|--|----------------------------------------------------------------|--|
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE                                                                            |  |                     |  | 4 - CNES                                                       |  |
| HGR                                                                                                                        |  |                     |  |                                                                |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                                                                       |  |                     |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                           |  |
| Doutor Honorato Lúcio                                                                                                      |  |                     |  | 103038                                                         |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                         |  |                     |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO                                         |  |
| 7102303533512751210                                                                                                        |  |                     |  | 29/04/90                                                       |  |
| 9 - SEXO                                                                                                                   |  |                     |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO                                       |  |
| M                                                                                                                          |  |                     |  |                                                                |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL                                                                                         |  |                     |  | 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                |  |
| Raimunda Honorato da Silva                                                                                                 |  |                     |  | Rua CC20 180, com junto Cidades                                |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                               |  |                     |  | 14 - COD. IBGE MUNICÍPIO                                       |  |
| Bom Vista                                                                                                                  |  |                     |  | 15 - UF                                                        |  |
|                                                                                                                            |  |                     |  | 16 - CEP                                                       |  |
|                                                                                                                            |  |                     |  | 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                     |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                                                                                |  |                     |  |                                                                |  |
| 10h<br>pt hipertensão queixa não ÷ 3h de<br>marcas,<br>gizantado dor + edema não,<br>rx p 3º MTC + 5º fase + 4º fase rx/bt |  |                     |  |                                                                |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| DOCUMENTO ORIGINAL                                                                                                         |  |                     |  |                                                                |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)                                        |  |                     |  |                                                                |  |
| er rx                                                                                                                      |  |                     |  |                                                                |  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO                                                                                              |  |                     |  |                                                                |  |
| natureza exp. mên (c)                                                                                                      |  |                     |  |                                                                |  |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL                                                                                                      |  |                     |  |                                                                |  |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 23 - CID 10 CURSOS ASSOCIADOS                                                                                              |  |                     |  |                                                                |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                                  |  |                     |  |                                                                |  |
| PROCEDIMENTO SOLICITADO                                                                                                    |  |                     |  |                                                                |  |
| Hto amplexo A exp. mên                                                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 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 AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 21/01/18                                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)                                                             |  |                     |  |                                                                |  |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                                  |  |                     |  |                                                                |  |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO                                                                                           |  |                     |  |                                                                |  |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO                                                                                          |  |                     |  |                                                                |  |
| 36 - CNPJ DA SEGURADORA                                                                                                    |  |                     |  |                                                                |  |
| 37 - Nº DO BOM FETE                                                                                                        |  |                     |  |                                                                |  |
| 38 - SÉRIE                                                                                                                 |  |                     |  |                                                                |  |
| 39 - CNPJ EMPRESA                                                                                                          |  |                     |  |                                                                |  |
| 40 - CNAE DA EMPRESA                                                                                                       |  |                     |  |                                                                |  |
| 41 - CSOR                                                                                                                  |  |                     |  |                                                                |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                                                                                             |  |                     |  |                                                                |  |
| 43 - EMPREGADO                                                                                                             |  |                     |  |                                                                |  |
| 44 - EMPREGADOR                                                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 45 - AUTÔNOMO                                                                                                              |  |                     |  |                                                                |  |
| 46 - DESEMPREGADO                                                                                                          |  |                     |  |                                                                |  |
| 47 - APOSENTADO                                                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 48 - NÃO SEGURO                                                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                                      |  |                     |  |                                                                |  |
| AUTORIZAÇÃO                                                                                                                |  |                     |  |                                                                |  |
| 50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 52 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 53 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 54 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 55 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 56 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 57 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 58 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 59 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 60 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 61 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 62 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 63 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 64 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 65 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 66 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 67 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 68 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 69 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 70 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 71 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 72 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 73 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 74 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 75 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 76 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 77 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 78 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 79 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 80 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 81 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 82 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 83 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 84 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 85 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 86 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 87 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 88 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 89 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 90 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 91 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 92 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 93 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 94 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 95 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 96 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 97 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                            |  |                     |  |                                                                |  |
| 98 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                                                                                   |  |                     |  |                                                                |  |
| 99 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)                                                                     |  |                     |  |                                                                |  |
| 100 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR                                                                           |  |                     |  |                                                                |  |

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: PJVGP PS6LK HPFEXS RDZ6A



ate=31.1 25 ABR. 2018

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

N.º REGISTRO

## PROFESSIONAL RESPONSABILITIES:

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM:

**OBSERVAÇÕES:**

21/01/13

(一) 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.

27

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,

PA-93154

ii

211a

727

22-06

Fe. 67  
18. 360

10

[illegible]

12/11/19

|    |       |
|----|-------|
| 16 | 040   |
| 18 | 20.06 |

3.4.  $\mu_2 = 95 \times 10^{-3}$

2

⑤ Phasos 15 ⑥ Ph  
⑦ Hader 35-11

74

2200

For BE

2

870 91 50 21 21  
700 100 50 21 21

|    |    |
|----|----|
| 20 | 21 |
|----|----|

|        |  |  |
|--------|--|--|
| 08     |  |  |
| 00     |  |  |
| Dating |  |  |

95856

100

CC  
CCCC  
CCCC

22

extingu

c : 69

1



Emergência / Ortopedia

FICHA DE ANESTESIA

Daniel Honorato Pinheiro 27a 25/05/10

| PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO                                                                               |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     | N° |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------|----|
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>4h 15 30 45 1h 15 30 45 15 30 45 15 30 45</span> </div> |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
| AGENTES                                                                                                                    |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
|                                                                                                                            |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
|                                                                                                                            |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
| LIQUIDOS VENOSOS                                                                                                           |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
| DA X                                                                                                                       |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
| ULSO O                                                                                                                     |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
| ANES X                                                                                                                     |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
| OP O                                                                                                                       |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
| TEMP □                                                                                                                     |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
| ASPIR. A                                                                                                                   |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
| RESP O                                                                                                                     |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
|                                                                                                                            |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
|                                                                                                                            |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
| SIMBOLOS                                                                                                                   |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>15 30 45 1h 15 30 45 15 30 45 15 30 45</span> </div>    |                           |                              |                                                                                             |  |                                                     |    |
| AGENTES                                                                                                                    | DOSES                     | TÉCNICA                      | ANOTAÇÕES                                                                                   |  |                                                     |    |
| A Propofol 40mg                                                                                                            | 100mg                     | BPB via arbor                | X- Monitorização (ECG SatO <sub>2</sub> PAnt)                                               |  |                                                     |    |
| B Propofol                                                                                                                 |                           | guiado por USG               | 1- Checagem de gases sanguíneos 1 paciente e medicações                                     |  |                                                     |    |
| C                                                                                                                          |                           | sob ventilação               | 2- B2 3 l/min SIV                                                                           |  |                                                     |    |
| D                                                                                                                          |                           | apontamentos                 | 3- BPB guiado por USG                                                                       |  |                                                     |    |
| E                                                                                                                          |                           | sedação                      | 4- Propofol 50mg EV                                                                         |  |                                                     |    |
| F                                                                                                                          |                           |                              | 5- Propofol 50mg EV                                                                         |  |                                                     |    |
| G                                                                                                                          |                           |                              | 6- Propofol 30mg EV                                                                         |  |                                                     |    |
| GLICOSE                                                                                                                    | LIQUIDOS                  | Cânula - Naso / Oro Faríngea |                                                                                             |  |                                                     |    |
| NDOD                                                                                                                       |                           | Naso / Orotraqueal - Cega    |                                                                                             |  |                                                     |    |
| SANGUE                                                                                                                     |                           | Bal - Tamp - Calibre do Tubo |                                                                                             |  |                                                     |    |
| SP                                                                                                                         | 500ml                     | Sob Máscara                  |                                                                                             |  |                                                     |    |
|                                                                                                                            |                           | Dificuldade Técnica          | não.                                                                                        |  |                                                     |    |
| TOTAL                                                                                                                      | 500ml                     | TEMPO DE ANESTESIA           | 9.50 as 10.20h                                                                              |  |                                                     |    |
| OPERAÇÃO                                                                                                                   | Fractura exposta de mão E |                              | Larango - Espasmo - Excesso Secre<br>Depressão Respiratória - Hipoxia<br>"Bucking" - Vômito |  | Hemorragia - Arritmia<br>Bradi Taquicardia - Choque |    |
| ANESTESIA                                                                                                                  | CÓDIGO                    | CIRURGIÃO                    | PERDA SANGÜEA                                                                               |  |                                                     |    |
| Dr. Edson/22610                                                                                                            |                           | Dr. Waldenon                 |                                                                                             |  |                                                     |    |

**Dra. Evelyn Fernandes**  
Médica CRM/RR 1424  
Anestesiologista RQE 185

7. Tenoxicam 40mg EV
8. Propofol 30mg EV
9. Dipriona 20g EV

A SRPA

25 APR. 2018





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 21, 01, 18 U.S. \_\_\_\_\_

Daniel Ilsonato Lima

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: patina exposta - não (C)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: LME + Reforço de F.O.

TIPO DE INTERVENÇÃO: \_\_\_\_\_

MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Alderson 1º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_

ANESTESISTAS: Ersetine ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_

INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

RELATÓRIO CIRURGICO

① Ret. BDN sob anestesia

② oxipônico + antiespasmico

③ campo estéril

④ LME vagrosa c/ SFO, 7%

⑤ Reforço c/ vygon

⑥ pele curada

⑦ tyson

R/S

25 ABR. 2018





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

**FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA**

|                                                                                 |                                                                                  |                                                      |                                               |                                  |
|---------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|----------------------------------|
| NOME DO PACIENTE<br><i>Daniel Honorato Pinheiro</i>                             |                                                                                  | APT OU LEITO                                         | Nº DO PRONTUÁRIO                              | DATA<br><i>21 / 01 / 18</i>      |
| TIPO<br><i>Osteossíntese M50</i>                                                |                                                                                  | TEMPO DE DURAÇÃO                                     |                                               |                                  |
|                                                                                 |                                                                                  | INICIO<br><i>09:55</i>                               | FIM<br><i>10:15</i>                           | TEMPO TOTAL                      |
| CIRURGIÃO<br><i>Dr. Wilderson</i>                                               |                                                                                  | EQUIPE MÉDICA                                        |                                               |                                  |
| 1º AUXILIAR                                                                     |                                                                                  | ANESTESISTA:<br><i>Dr. Geline</i>                    | RES. ANESTESIA:<br><i>Res. Flávia + Celio</i> |                                  |
| 2º AUXILIAR                                                                     |                                                                                  | INSTRUMENTADOR                                       |                                               |                                  |
| TIP. DE ANESTESIA:<br><i>B P B</i>                                              |                                                                                  | CIRCULANTE<br><i>Lili + Soares + Mariana + Luana</i> | Welligton + Nilma                             |                                  |
| QUANT.                                                                          | MATERIAIS                                                                        | VALOR                                                | QUANT                                         | MEDICAMENTOS                     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.                                                       |                                                      | <input checked="" type="checkbox"/>           | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml  |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | PACOTES GAZE                                                                     |                                                      |                                               | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO     |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 7.0                                                                 |                                                      |                                               | FRASCOS- SORO GLICOSADO          |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 7.5                                                                 |                                                      |                                               | FIO VICRYLNº                     |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 8.0                                                                 |                                                      |                                               | FIO MONONYLON Nº <i>3:17</i>     |
| <input checked="" type="checkbox"/>                                             | LUVAS P/PROCEDIMENT.                                                             |                                                      |                                               | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº        |
|                                                                                 | LÂMINA BISTURINº                                                                 |                                                      |                                               | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº        |
|                                                                                 | DRENO DE SUÇÃO Nº                                                                |                                                      |                                               | FIO CATGUT SIMPLES Nº            |
|                                                                                 | DRENO DE TORAX Nº                                                                |                                                      |                                               | FIO CATGUT CROMADO Nº            |
|                                                                                 | DRENO DE PENROSE Nº                                                              |                                                      |                                               | FIO PROLENE Nº                   |
| <i>1</i>                                                                        | SERINGA 01ML                                                                     |                                                      |                                               | FIO SEDA Nº                      |
|                                                                                 | SERINGA 03ML                                                                     |                                                      |                                               | SURGICEL                         |
| <i>2</i>                                                                        | SERINGA 05 ML                                                                    |                                                      |                                               | CERA P/ OSO                      |
| <i>1</i>                                                                        | SERINGA 10ML                                                                     |                                                      |                                               | KIT CATARATANº                   |
| <i>3</i>                                                                        | SERINGA 20ML                                                                     |                                                      |                                               | GEOFOAM <i>Extracel</i>          |
| <i>5</i>                                                                        | <i>Eletrodos</i>                                                                 |                                                      | <i>60cm</i>                                   | FITA CARDIACA <i>Atadun 30cm</i> |
| <i>1</i>                                                                        | <i>cateter O2</i>                                                                |                                                      | <i>100ml</i>                                  | OUTROS: <i>cloroxina</i>         |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                                                                                  | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE                           |                                               |                                  |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              | ENFERMEIRA CHEFE<br><i>Stephanie + Ori Kar</i>                                   | MATERIAL MEDICAMENTOS                                |                                               | VALOR                            |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS                                                            | CIRCULANTE DE SALA<br><i>Lili + Mariana + Luana + Welligton + Soares + Nilma</i> | SUB- TOTAL                                           |                                               |                                  |
|                                                                                 |                                                                                  | TAXA DE SALA                                         |                                               |                                  |
|                                                                                 |                                                                                  | TAXA DE ANESTESIA                                    |                                               |                                  |
|                                                                                 |                                                                                  | SOMA                                                 |                                               |                                  |
| ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE                                           |                                                                                  |                                                      |                                               |                                  |

25 ABR. 2018





UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO DE JANEIRO  
FACULDADE DE MEDICINA  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA  
NOME: Daniel Teonete Pinheiro

QUADRO PRE-OPERATÓRIO

TRANSOPERATÓRIO

Data: 21.01.18

Idade: 27

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Alteza: 0,9125

Entrada na Sala Cirúrgica

Início da Anestesia

Término Cirúrgico

Saída S.O.

Cirurgia Realizada

Anestesia

Posição

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Cirurgia Realizada

Anestesia

Posição

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

Localização

1h 15'

1h 30'

1h 45'

2h

2h 15'

2h 30'

2h 45'

3h

3h 15'

3h 30'

3h 45'

4h

4h 15'

4h 30'

4h 45'

5h

5h 15'

5h 30'

5h

5h 15'

5h 30'

5h 45'

6h

6h 15'

6h 30'

6h 45'

7h

7h 15'

7h 30'

7h 45'

8h

8h 15'

8h 30'

8h 45'

9h

9h 15'

25 ABR. 2018

## **SUBSTABELECIMENTO**

**IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil seccional Roraima sob o nº 1639, com endereço profissional nesta Capital, **SUBSTABELECE COM RESERVA DE PODERES** na pessoa de **JOHON EMERSON DE SOUZA CAMILO**, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1376 e **ÍGOR HENRIQUE NORONHA DE SOUZA**, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1885, os poderes contidos na procuração que consta nos autos eletrônicos que este acompanha.

Boa Vista/RR, data do protocolo.

*Assinatura digital*

**IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS**

**OAB/RR 1639**

