



Dr. Paulo Sérgio de Souza
OAB/RR 317B

Dra. Paula Rafaela Palha de Souza
OAB/RR 340B

Dr. Jhon Emerson de Souza Camilo
OAB/RR 1376

PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE COSMO MORAIS SOUSA, brasileiro(a),
estado civil: Solteiro, Profissão: Desempregado,
portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 1385154 SSP/MA
e inscrito(a) no CPF/MF nº 577.536.522-49, residente e domiciliado
(a) na Rua - 05, nº 121,
Bairro: Cidade Satélite, no
município Boa Vista /RR, telefone: 957 984 10642, E-mail:
, vêm através de seu advogado in fine
assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa
Vista - Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus
procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº,
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.
1.376, a quem confere amplos poderes:

PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Foro em Geral com a
cláusula *ad judicium et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou
oponente, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro
Obrigatório DPVAT.

Boa Vista /RR 20, de maio de 2020

Cosmo morais Sousa

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. JONAN EMERSON DE SOUZA CAMBU
OAB/RR 1376

DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

EU: COSMO MORAIS SOUSA
estado civil Solteiro, RG nº 138.5154 SSP/MA, e CPF
nº 577.536.522-49, residente e domiciliado (a) na
RUA 05 Nº 121 Bairro:
Cidade SATELITE, Cidade BOA VISTA
- Roraima, telefone (95) 984106442.

DECLARO para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lídima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

Boa Vista, 20 de maio de 2020.

Cosmo morais Sousa

DECLARANTE

TRABALHADOR

Esta é a Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por Decreto nº 24.005, de 27/10/1912 e posteriormente alterada pelo Decreto nº 5.452 de 11/05/1961 que atribuiu a TE. Ela é documento obrigatório para o trabalhador em empresa ou atividade profissional.

Nela deverão ser registradas todas as condições de trabalho, desde a contratação até a rescisão, para o reconhecimento dos direitos trabalhistas.

O conteúdo do registro é válido para todo o território nacional.

Esta é a importância da CTPS, que protege a todos, pois além de garantir o direito de trabalho, garante a garantia de prestação de serviços, de modo que o trabalhador não seja considerado desempregado, pois a CTPS garante a continuidade da vida profissional.

CONFEDERAÇÃO NACIONAL DO TRABALHO
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

**MINISTÉRIO DO TRABALHO
E EMPREGO**

PREVIDÊNCIA SOCIAL

123.26253.66-5

1791877 0040 RR

Cosmo morais Souza



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: PJDAG 2AUU4 XXSET JZSD3



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASIL

COSMO MORAIS SOUSA

FILIAÇÃO: COSMO MORAIS SOUSA
EXPEDITA MORAIS SOUSA
SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 06/03/1970
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
NATURALIDADE: MOÇÃO - MA
DOCUMENTO: R.G. 1385154 SESP MA 11/10/1986

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995
CPF: 577.536.522-49
TIT. ELEITOR: 178062321147
SEÇÃO: 0329
ZONA: 005

LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 23/10/2013

Cosmo morais Souza

GERAÇÃO DE IDENTIFICANTE

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDAG 2AUU4 XXSET JZSD3



 COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA CNPJ: 05.939.467/0001-15 Rua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610 FONE GERAL: 2121-2200	CONTA DE ÁGUA ATENDIMENTO 0800 280 9520	
MÊS/ANO: 01/2020	VENCIMENTO: 15/02/2020	MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA
RUA 05, NUM, 00121
CIDADE SATELITE
BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	16167196
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
05/12/2019	07/01/2020	33	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
12/2019	0	11/2019	0	10/2019	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
ÁGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA ÁGUA		19,06
MULTA P/IMPONTUALIDADE 11/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.	TOTAL A PAGAR 43,74
---	--------------------------------------

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO ROCHA - CRQ 10201899 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

	INSCRIÇÃO 001.031.031.0130.000	MÊS/ANO 01/2020	GRUPO 17	TOTAL A PAGAR 43,74	ROTA 05.1970
---	-----------------------------------	--------------------	-------------	------------------------	-----------------

82610000000-7 43740004001-4 00099358101-6 01202040003-7





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ALTO ALEGRE - ALTO ALEGRE - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005366/2020

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 05/02/2020 09:17 Data/Hora Fim: 05/02/2020 09:54
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 05/02/2020
Delegado de Polícia: Wesley Costa de Oliveira

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Polícia de Alto Alegre
Data/Hora do Fato: 03/11/2019 12:35

Local do Fato

Município: Alto Alegre (RR)
Bairro: ZONA RURAL
Logradouro: VICINAL QUE DE ACESSO DA COMUNIDADE RAIMUNDÃO 1, FAZ. SANTA
Complemento: CASA CEP: 69.350-000

Tipo do Local: Área Rural

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1093: ACIDENTE DE TRÂNSITO SEM VÍTIMA	Não Houve



ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: COSMO MORAES SOUSA (VÍTIMA, COMUNICANTE)
Nacionalidade: Brasileira Sexo: Masculino Nasc: 06/03/1970 Idade: 49 anos
Naturalidade: MA - Pindaré-Mirim Profissão: Auxiliar de Serviços Gerais
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Expedita Moraes Sousa
Em Serviço: Não

Documento(s)

CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 577.536.522-49

Endereço

Município: Alto Alegre - RR
Logradouro: RUA UNIÃO Nº: S/N.
Complemento: RUA
Bairro: CENTRO CEP: 69.350-000

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo	Subgrupo Motocicleta/Motoneta
Descrição HONDA/C 100 BIZ ES	CPF/CNPJ do Proprietário 696.865.132-72
Placa NAO7350	Renavam 00816094594
Número do Motor HA07E14013109	Número do Chassi 9C2HA07104R013109
Ano/Modelo Fabricação 2004/2003	Cor VERDE
UF Veículo Roraima	Município Veículo Boa Vista
Marca/Modelo HONDA/C100 BIZ ES	Modelo HONDA/C100 BIZ ES
Veículo Adulterado? Não	Quantidade 1 Unidade



Delegado de Polícia Civil: Wesley Costa de Oliveira
Impresso por: João Livamar Rodrigues Pinho
Data de Impressão: 05/02/2020 09:55
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE POLÍCIA DE ALTO ALEGRE - ALTO ALEGRE - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 005366/2020

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 17/11/2017

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido

Envolvimentos

Cosmo Moraes Sousa

Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO, COMPARECEU A ESTA DELEGACIA, O SENHOR ACIMA QUALIFICADO PARA RELATAR QUE: NO DIA 03/11/2019, TRAFEGAVA NA RUA UNIÃO(ALTO ALEGRE) EM SUA MOTOCICLETA HONDA BIZ/C100, ANO DE FAB.2003/ MOD. 2004, VERDE, PLACA NAO7350, CHASSI 9C2HA07104R013109,(EM NOME MARIA FRANCISCA ARAUJO REIS) QUANDO FOI ATINGIDO POR UM VEICULO(CAMIONETE) QUE NÃO PRESTOU SOCORRO. QUE A VÍTIMA FRATUROU O PÉ DIREITO, CONFORME LAUDOS.

ASSINATURAS

João Livamar Rodrigues Pinho

Agente de Polícia
Matricula:042000599

Responsável pelo Atendimento

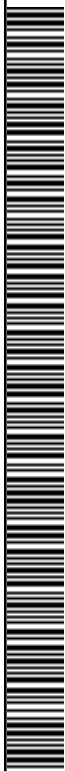
Cosmo Moraes Sousa

(Comunicante / Vítima)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(s) 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-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



SEGURADORA LIDER - DPVAT
 CNPJ 08.245.608/0007-02
 01374636
 24286204
 2019 JUL 24





PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



DADE: BRAVO ALTO ALEGRE		EQUIPE: <u>Phillipe Luis</u>		FICHA DE ATENDIMENTO	
Idade: <u>45</u>		Sexo: <u>M</u>			
Etnia: <u>Br</u>		Raca: <u>Br</u>		Negro ☒ Pardo ☐ Amarel ☐ Indigena ☐ N/A ☐	
Endereço: <u>Rua da HEAL</u>		Número de referência: <u>19009</u>			
Nº da Ocorrência: <u>19009</u>		DATA: <u>03.12.19</u>		HORA DO ACIONAMENTO: <u>12:32</u>	
Médico (a) Regulador (a): <u>Dr. Anderson</u>		HORA CHEGADA NO LOCAL (J/H): <u>12:35</u>			
MOTIVO: ☒ SOCORRO ☐ TRANSPORTE ☐ REMOÇÃO INTRA-HOSPITALAR ☐ APOIO ☐ OUTROS					
MECANISMO DE TRAUMA					
AUTOMÓVEL		AUTOMÓVEL		VIOLÊNCIA	
☐ Atropelamento ☐ Capotamento ☐ Colisão X <u> </u> ☐ Motorista ☐ Passageiro Dianteiro ☐ Passageiro Traseiro		☐ Uso do cinto ☐ SIM ☐ NÃO ☐ Vítila projetada ☐ Vítila encarcerada ☐ Air Bag ☐ Queda de moto ☐ Acidente com moto X <u> </u> ☐ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta ☐ Com condutor ☐ passageiro		☐ Agressão Física ☐ Espancimento ☐ FAF ☐ FAF ☐ Tentativa de suicídio ☐ Violência Doméstica ☐ Violência Sexual	
		MOTO/BICICLETA		OUTROS	
		☐ Queda de moto ☐ Com capacete ☐ Sem capacete ☐ Bicicleta ☐ queda de Bicicleta ☐ Com condutor ☐ passageiro		☐ Ac. De Trabalho ☐ Local ☐ Trajeto ☐ Queda, Altura aprox.: ☐ Acidente Doméstica ☐ Queimadura Agente ☐ Agressão p/ aním ☐ Outros: <u> </u>	
AVALIAÇÃO INICIAL					
Vias Aéreas		Ventilação		Circulação	
☐ Apnéia ☐ Bradipnéia ☐ Dispnéia ☐ Eupnéia ☐ Obstruída ☐ Resp. Ruidosa ☐ Taquipnéia		☐ Abolida ☐ Ferida Aspirativa ☐ Hipertimpanismo ☐ M.V. Ausente ☐ M.V. Diminuído ☐ Maciez		☐ Arritmico ☐ Ausente ☐ Bradicardia ☐ Enchimento capilar > 2s ☐ Taquicardia	
				☐ AVDN ☐ DNV ☐ Miose ☐ Midriase ☐ Anisocoria ☐ Alcoolizado	
SINAIS VITAIS E ESCORES					
Hora	P.A mmHg	F.C bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	Temp. °C
Início	<u>101.65</u>	<u>148</u>		<u>99</u>	<u>36.5</u>
Fim	<u>1</u>				<u>36.5</u>
AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA					
Pele	Cabeça	Face	Pescoço	Tórax	Abdome
☐ Cianótica ☐ Corada ☐ Fria ☐ Pálida ☐ Quente ☐ Úmida ☐ Seca	☐ Afundamento ☐ Contusão ☐ Escoriação ☐ Fer. Penetrante ☐ Hematoma ☐ Laceração	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Ferimento oculto	☐ Desvio da traquéia ☐ Enflema Sub-Cutâneo ☐ Escoriações ☐ Hematoma ☐ Lacerações	☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Resp. paradoxal ☐ Tamponamento ☐ Tórax instável	☐ Distendido ☐ Doloroso ☐ Em tábua ☐ Escoriações ☐ Evisceração ☐ Lacerações
Pele	Coluna Dorsal	Membros			
☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Dor ☐ Instabilidade	☐ Contusão ☐ Hematoma ☐ Dor ☐ Leve ☐ Moderada ☐ Intensa ☐ Deformidade	☐ Contusão ☐ Escoriações ☐ Lacerações ☐ Luxações			
AVALIAÇÃO CARDÍACA		AFECÇÃO CLÍNICA		HISTÓRIA PEGRESSA	
☐ Ritmo Sinusal ☐ Taquicardia ☐ Bradicardia ☐ Flutter		☐ Fibrilação atrial ☐ Fibrilação ventricular ☐ Assístolia		☐ Cardiovascular ☐ Metabólica ☐ Neurológica ☐ Psiquiátrica ☐ Respiratória	
		☐ Aborto ☐ Digestiva ☐ Infecçosa ☐ Obstétrica ☐ Pediátrica		☐ Alergias ☐ Cardiopatia ☐ Diabetes ☐ HAS ☐ Sequela AVC	
GRAVIDADE COMPROVADA		MEDICAÇÕES EM USO			
☐ ILESO ☐ PEQUENA ☐ MÉDIA ☐ ÓBITO ☐ INDETERMINADA		☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN			
☐ Cancelamento ☐ Não se encontrava no local ☐ Trote		☐ Recusa de Atendimento ☐ Recusa de hospitalização ☐ Bombeiro no local		☐ Guarda Municipal ☐ Bombeiro ☐ DETRAN	
☐ Iniciada as: <u> </u> ☐ Término as: <u> </u>		☐ RCP com sucesso ☐ RCP Não realizado ☐ RCP sem sucesso OBS: <u> </u>			
☐ Atendido no local ☐ Pronto Atendimento - PAAR		☐ Grande Trauma - GT ☐ Hosp. Coronel Mota - HCM		☐ Pol. Cosme e Silva - PCCS ☐ Hosp. Santo Antônio - HCSA ☐ HMINSN ☐ Hosp. Das Clínicas/RR - HCR ☐ Hosp. Leticia Iria - HLI ☐ Outros	

Dr. Jorge

Médico
CRM



PREFEITURA MUNICIPAL DO ALTO ALEGRE
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
SERVIÇO DE ATENDIMENTO MÓVEL DE URGÊNCIA - SAMU 192



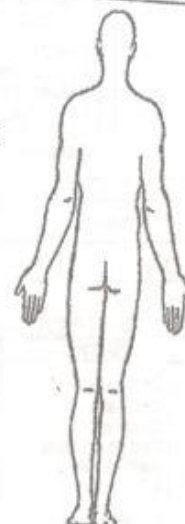
PERTENCE DO PACIENTE	Descrição:
	Nome do Receptor:
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:
TERMO DE RECUSA	Declaro para os devidos fins que estou recusando o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Bos Vista, nesta oportunidade:
	Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

GESTANTE

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

MATERIAL E MEDICAÇÃO

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 (relaxada)	4 pontos
	Flexão anormal (decorticação)	3 pontos
	Extensão (descerebração)	2 pontos
	Sem resposta (flacidez)	1 ponto
3. Resposta Verbal (V)	Orientado	5 pontos
	Confuso	4 pontos
	Palavras inapropriadas	3 pontos
	Sons incompreensíveis	2 pontos
	Sem resposta	1 ponto



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

Paciente, sinais vitais desconhecidos, vítima de queda de moto, não se apresenta ferimentos expostos na MTD tibia e fíbula.

André Philippe Barbosa Cortês
Técnico de Enfermagem
Coren-RR1388466-TE

03/01/2020

... Guia de Atendimento 17 ...

1.º. Enfermagem

081.058.491-75



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

1ª Classificação

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

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

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

FICHA DE ATENDIMENTO		CLINICA MEDICA		DIURNO 07-19		69	
Paciente	2001204873	03/01/2020 09:41:19	Data Nascimento	Idade	CNS	CPF	Prontuário
COSMO MORAIS SOUSA			06/03/1970	49 A 9 M 28 D	704605148741327	57753652249	00176796
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Nacionalidade
IDENTIDADE	1385154	SSP/MA		M	SOLTEIRO(A)	PARDAS	BRASILEIRA
Mãe	EXPEDITA MORAIS SOUSA			Pai	NC		
Endereço	AVENIDA - 1 DE JULHO, S/N - 531 - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR						
Class. de Risco	Plano Convênio	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
	SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE						
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
SPA - PRONTO ATENDIM	URGÊNCIA						
Setor	Tipo de Chegada	Procedimento Sol.					
PRONTO ATENDIMENTO	DEMANDA ESPONTANEA						
Queixa Principal	() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue						
Anamnese de Enfermagem	GSC TOTAL AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6						
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)	Pct Pronto de HC, sultu. rest						
Exame Físico	Ambo. O/ Mealg. distend. em região verrucosa de pi @						
Hipótese Diagnóstica	D. M. P.						
SADT - Exames Complementares	() RAO - X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS						
PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO				
Ao C.C.							
ALTA Hospitalar							
Conduta	() Alta por Decisão Médica		() Ambulatório		OBSERVAÇÃO		
() Alta a Pedido de Reprodução Original	() Alta a Revelia		() Observação (Até 24h)				
() Transferência para:			() Internação				
óbito	Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não		Destino: () Família () IML		Anatomia Patológica		
Assinatura do Paciente ou Responsável			Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: kerylen.lorrayna	Data Hora: 03/01/2020 09:44:11						

Paar

SUS Sistema Único de Saúde Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **PAAR**

2 - CNES: **176496**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: **PAAR**

4 - CNES: **176496**

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **Osmei Moraes Alun**

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: **176496**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **7101400151198714113127**

8 - DATA DE NASCIMENTO: **06/03/70**

9 - SEXO: **Masc. ☒ Fem. ☐**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Expedito Moraes Sousa**

11 - TELEFONE DE CONTATO: **959911722723**

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Av. 02 de Julho 531 centro**

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Alto Alegre**

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: **1**

15 - UF: **RN**

16 - CEP: **69350970**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: **FX após do pulm + nervos do ole**
2º PDD

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: **Univ.**

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): **Exo. In - 1 P+**

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: **Desordem em 2º PDD**

21 - CID 10 PRINCIPAL: **20**

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: **20**

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: **20**

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **20**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: **20**

26 - CLÍNICA: **20**

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: **20**

28 - DOCUMENTO: **20**

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **20**

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

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **03/01/2020**

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **20**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CNPJ DA SEGURADORA: **20**

37 - Nº DO BILHETE: **20**

38 - SÉRIE: **20**

39 - CNPJ EMPRESA: **20**

40 - CNAE DA EMPRESA: **20**

41 - CBOR: **20**

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: **20**

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **20**

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: **20**

45 - DOCUMENTO: **20**

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: **20**

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **20**

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): **20**

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **20**

AUTORIZAÇÃO

20

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE: <i>Orme Morais</i>			
DIAGNÓSTICO:			
ALERGIAS:		HAS	DM2
IDADE:		LEITO	DATA
			<i>03/01/2020</i>
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN		
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INTENSA		
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 5		
7	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA		
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h SN		
10	<i>Cefprozol 400g EV 12/12h</i>		
11	<i>clonitamic 600g EV 6/6h</i>		
12			
13			
14	<i>alto</i>		
15			
16			
17			
18			
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
20	SSV + CCGG 6/6 H		
21	CURATIVO DIÁRIO		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NÓRMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE TRAÇÃO TRANSESQUELÉTICA, SEM QUEIXAS ALGÍCAS. # SOLICITADO: # CONDUTA: # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:			
<i>Dr. Marcos Aguiar</i> Médico Residente Ortopedia e Traumatologia CRM 11.419/2006			
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			





HOSPITAL DAS CLINICAS Dr. WILSON FRANCO
RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL
GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 03/01/20 *Carlos Monair de Souza* DN: 1/1
PACIENTE: *fr osos para + recente de*
DIAGNÓSTICO(S):

DIH: 1/1
KANBAM: Dieta:
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA 1/1): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas:
Na: K: Ca: Cl:
HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:
EAS:
CULTURAS (1/1):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA 1/1): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:
Cl: HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:
EAS
IMAGEM

ANTIBIÓTICO
USADO:

JUSTIFICATIVA DE
ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

*Paciente de fratura osso na
perna + fr 20 ppm pi of
aberto para com de
encaminhado ao Her p
desbrilhamento*

Dr. Marcus Brunner
Médico
CRM-RR 1917

Boa Vista, 03 de 01 de 2020. Hora:

CRM 1

Assinatura/carimbo do Médico Assistente
Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

CRM 1

Assinatura/carimbo do Médico

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	COSMO MORAIS DE SOUZA				
AGNÓSTI	FX OSSOS DA PERNA + NECROSE PPD				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	49 ANOS	LEITO	334	DATA	3/1/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SSF 500ML EV ACM				
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SUSPENSO
5	DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N				
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTE				
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				
8	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 .IMMHC				
9	OMEPRAZOL 40MG EV OU VO 1X/DIA EM JEJUM				
10	SSVV + CCGG 6/6 H				
12	CURATIVO DIARIO SN				
14	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6 HORAS				
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
BEG, EUPNEICO, NORMOCORADO E HIDRATADO SEM QUEIXAS E OU INTERCORRÊNCIAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS					
DR MARCELO MARQUES CRM 1918					
SINAIS V	PA	FC	FR	TEMP	DR MARCUS BRUNNER CRM 1917
6 H					
12 H					
18 H					
24 H					
24 H					

2019

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

1ª Classificação Reclassificação
☐ Vermelho
☐ Laranja
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

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

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

DIURNO 07-19 11

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

1901181902 03/11/2019 14:41:54

Paciente
COSMO MORAIS SOUSA

Data Nascimento 06/03/1970 Idade 49 A 7 M 28 D

CNS 704605148741327 CPF 57753652249

Prontuário

Estado Civil Solteiro (A) Parda Raça/Cor

Naturalidade MONCAO - MA Nacionalidade BRASILEIRA

Contato (95) 99172-2723

Ocupação GARÇOM

Orgão Emissor Data Emissão SSP/MA

Endereço AVENIDA - 1 DE JULHO, S/N - 531 - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR

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

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

Sector GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: ADAO

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

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

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h)
Paciente procedente de ALTO ALEGRE, trazido pelo pai
por acidente de moto apresentando lesão

Exame Físico em M.E.

Hipótese Diagnóstica

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

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO

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

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

Assinatura do Paciente ou Responsável Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: adao
Data Hora: 03/11/2019 14:43:56

1901181902

NIR

Transf: 11/11/19

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Identificação do Estabelecimento de Saúde

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: **NIR**

2 - CNES: **176796**

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXCUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: **Wesley Moraes Sousa**

6 - DATA DE NASCIMENTO: **06/03/70**

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): **704605148741327**

8 - SEXO: **M**

9 - TELEFONE DE CONTATO: **95991722723**

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: **Expedita Moraes Sousa**

11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): **Av. Avenida 1 de Julho 531 Centro**

12 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: **Alto Alegre**

13 - CÓDIGO MUNICIPAL: **RR 69350970**

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS:

Paciente com fratura exposta grau III-A.M. com fratura do, com deslocamento de 1/2 e 1/3 da diáfise.

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Lesão tipo III/Reboco

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (R/S, EXAMES DE IMAGEM, REFS, VALORES)

RX



PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: **Wesley Moraes Sousa**

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA:

27 - CARACTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO:

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE:

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **MARCELO ARRUDA**

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: **07/11/19**

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: **Dr. Marcelo Arruda, Ortopedista/Traumatologista, CRM-RR 1243 / RQE: 550**

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO

34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

36 - CIP/DI DA SITUACAO:

37 - Nº DO EMPREGO:

38 - RQE:

39 - CNPJ EMPREGADA:

40 - CNPJ DA EMPRESA:

41 - HOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA:

() EMPREGADO () EMPREENHADOR () AUTÔNOMO () ESTABELECIDO () AUTENTADO () NÃO SEGURO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: **0408050600**

46 - Nº DO DOCUMENTO (CNS/CIP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: **07/11/19**

48 - ASSINATURA E CARIMBO DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 09 / 11 / 20

O.S.:

Camilo Mariano Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Paulo

1º AUXILIAR:

Dr. Sumando

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Ponto de DDH com usguarentia;
2. AA + COE;
3. LMC Geomantina + desmoldamento + colocação de FE em puno (D) + Sutura + Curativos;
4. A RPA.

Assinado digitalmente por
Paulo Sergio de Souza

Sumando R. Camargo
CRM-RR 2007

Dr. Paulo Arruda
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 12437-1/GE-550



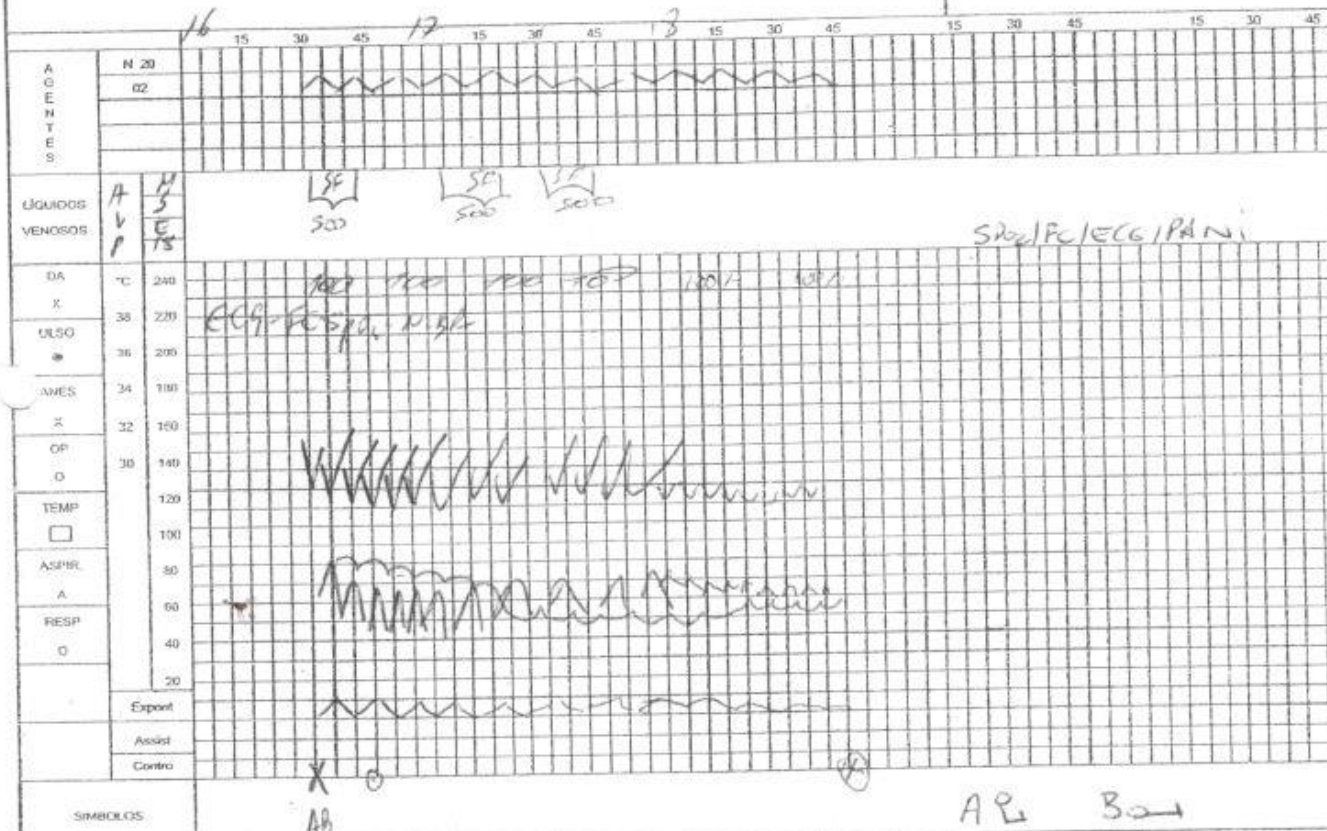
GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA.
— "Associação Patrimônio dos Brasileiros" —

FICHA DE ANESTESIA

Cosmo Heras Souza. - 49 anos

03/11/19

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

N^a

AGENTES		DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
Bupivacaína	10mg		Requie rest. tembor	* Chec list sp. anest.
Sep. term. cina	240mg			1) Ssepine ref. ta-bon.
Clonida	900mg		Apmb. para matorna	2) Ruiner sb arac noie
Enoxicen	40g		Sb Vent. exposte na	3) L4, R-ke 26, L4L6
E				3) 1.º inj. sb arac noie
F				bup. 10mg
G				4) Jcto 240g + dunde 90
GLICOSE	LIQUIDOS			5) Tenoriceon 40g.
NDGD				
SANGUE				
	50,9%	1.500 ml		
TOTAL		1.500 ml		
OPERAÇÃO	Oskose 4se tibia @ exposte.			
ANESTESIA	Robison / Marins R	CÓDIGO	CIRURÇÃO	PERDA SANGÜINEA
			Roblo / Fernando R	

Alberto F. M. Herrera
Medico Regulador
CRM 123456



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

49ª

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Caetano Moreira Sousa	119-02	1901181902	03/11/19
CIRURGIA			

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Fixação Externa de Tornozelo Direito.	16:50	19:25	

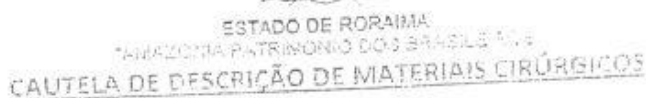
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
Res. Pablo	Dr. Fabiano
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:
Res. Fernando	Res. Marcos
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR

CIRURGIA	CIRCUANTE
	Elizangela F. Hilona
PO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Raque	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
☒	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml	
10	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
2	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
3	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
2	LUVA ESTERIL 8.0		☒	FIO MONONYLON Nº 2.0 + 1	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 29			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		1	CERA P/ OSSE	
2	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº	
2	SERINGA 10ML		5	GLOFOAM	
3	SERINGA 20ML		1	TELA CARDIACA	
			1	OUTROS	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHIEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS	
	Suellen e Erika	SUB- TOTAL	
FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS	CIRCUANTE DE SALA	TAXA DE SALA	
		TAXA DE ANESTESIA	
		SOMA	
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			





Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.216-915 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (68) 35.312.5613
E-mail: ggr.ykrg@gmail.com

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJDD6 9WK58 NJD97 TWCER



Date: 03 / 11 / 19

Suellen R. Ramos
Enter 204.935

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HSG em 05/2019/23
COTEN-PR-238/23

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Dr. Fabiano de Aguiar Lima

SAÍDA (Sala Operatória)

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE
OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO
REGISTRADO
☒ Sim ☐ Não

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

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

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

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

SAÍDA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO
CONFIRMARAM VERBALMENTE:

Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

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

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

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

Com novo exame

CONFIRMADO: Dr. Paulo Sérgio de Souza

PACIENTE CONFIRMADO:
☒ Identificação
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
☒ Consentimento ☒ Sim ☐ Não

TESTE CIRÚRGICO
☒ Aplicar ☐ Não se Aplica

TESTE DE RISCO
☒ Sim ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA
CONCLUÍDE

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM
FUNIONAMENTO

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

VIA AEREA ESPECÍFICA/RISCO DE ASPIRAÇÃO
☒ Não ☐ Sim, e equipamento/resistência disponível

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

Data: 03/11/19 Hora: 19:00
Assinado digitalmente por Paulo Sérgio de Souza

Assinatura e Carimbo
Paulo Sérgio de Souza
Assinatura e Carimbo

119102

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Carmo Mota, J. M.	
AGNÓSTICO	fratura exposta de fêmur tibial, 2º DD e Dexto	
ALERGIAS	HAS	NEGA
DM2	NEGA	
IDADE	49	LEITO
DATA	03/11/19	
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MAUTER
3	SF 0,9% 500ML EV 8/H	20 08 08 14
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	20 08 08 14
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	08
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	08 10 19
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	18 24 08 12
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	18 24 08 12
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
13	SSVV + CCGG 6/6 H	18 24 08 12
14	CURATIVO DIÁRIO	18 24 08 12
15	Clotrimazol 1g (C) 1x/12h	18 24 08 12
16	Clotrimazol 1g (C) 1x/12h	18 24 08 12
17	Clotrimazol 1g (C) 1x/12h	18 24 08 12
18		
19		
20		
21		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H	130x80	59	19 36

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Colocação fixador externo LMC Exentia
Sutura + fio de K am 2º PDD + bone
Exentia.

119-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	01/11/2019	DN	
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA					
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	04/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				5:00
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN				9:00
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H				10:00
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				11:00
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12:00
11	SSV + CCGG 6/6 H				13:00
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				14:00
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				15:00
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				16:00
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN				17:00
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				18:00
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				19:00
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.					
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA: MANTIDA					
SINAIS VITAIS:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR	T	
12 H	125/67	64		36°C	
18 H	112/70	65		36°C	
24 H	122/72	67		36°C	
				Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia	

FORO
AFERIDO SSV
SEM MEDICAMENTOS
LEITO OS CUIDADOS
6 CUIDOS

Georgiana Melo de Souza
CRM-RR 292.369 - TE

12h verificadas SSV e
administradas medicações C.P.M
Está sem acompanhante. Refere
algia no MTD



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20		Enfermaria: _____	
Nome Completo: _____		Leito: _____	
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____		Sexo: () F () M	
Paciente Indígena: () Não () Sim		Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____	
Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____			
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: _____			
SISTEMA NEURÓLOGO			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____			
PUPILAS:		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Entorregente () Mióticas () Midríatica () Afebril () Febril () Hipertérmico		() Alterações: _____	
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração			
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso		() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Ruidos hidroaéreos: () Presente () Ausente	
Exame Físico: Bólicas Cardíacas: _____ Pulso: _____		Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		AUMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT		Ação da dieta: () Sim () Não () Parcial	
() Anúria () Oligúria () Gistostomia		Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
() Irrigação contínua () Outros: _____		Alterações: _____	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Flatos: () Presente () Ausente	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Edema Local: _____		Risco de Lesão Sinalizado: _____	
() Normocorada () Ictérica () Anictérica			
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____			
Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____			
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____			
Curativos: () Sim () Não Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Lesão por Pressão		() Risco de Infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração		() Risco de constipação () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Comunicação deficiente		() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para higiene			
Escala de Morse		Prescrição de Cuidado Prev Quedas	
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental	
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações		0 () Manter grades laterais elevadas	
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação		15 () Identificar o risco de queda na placa de identificação	
2. Diagnóstico Secundário		TOTAL: _____	
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24		() Auxiliar o paciente na higiene	
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		() Manter cama com rodas travadas	
Não 0 Risco Alto: Maior que 45		() Necessidade de contenção ao leito	
Sim 20 Sinalização do Risco: _____		() Manter vigilância de ____/____ horas	
4. Auxílio na Deambulação		() Calçado seguro nos pés	
Nenhuma/Acamado/Auxiliado 0		() Material de uso pessoal ao alcance da mão	
Muleta/Bengala/Andador 15			
Mobilidade Paralela 30			
5. Marcha/Deambulação			
Normal/Sem deambulação/Acamado 0			
Frac 10			
Comprometida/Cambaleante 20			
Registro Geral: _____			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006
Validação deste em https://projudi.trf.jus.br/projudi/ - Identificador: PJ8YD MJKUB QX3BB 7FG2D



Processo nº 0816377-69.2020.8.23.0010
Mov. 1.9
Assinado digitalmente por Paulo Sergio de Souza
Data: 25/06/2020
Assinado digitalmente por Paulo Sergio de Souza
Data: 25/06/2020

Como Monais Souza
403.3

Pele Profissional		Pele Profissional	
Tipo de Procedimento		Tipo de Procedimento	
Quantidade de		Quantidade de	
Exatidão de		Exatidão de	
Solução de		Solução de	
Limpeza		Limpeza	
Cabeleira		Cabeleira	
Pintura		Pintura	
Tubo		Tubo	
Profissional que realizou procedimento:		Profissional que realizou procedimento:	
Observações:		Observações:	

Profissional que realizou procedimento: Renata Silva Rodrigues, COREN-RR 45272-AE, Vanessa da Silva Moraes, Técnica em Enfermagem, COREN-RR 905 752-7E

Observações: Renata Silva Rodrigues, COREN-RR 45272-AE, Vanessa da Silva Moraes, Técnica em Enfermagem, COREN-RR 905 752-7E

119-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	01/11/2019	DN	
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA					
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	05/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				SnD
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN				SnD
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H				42 18 24
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				24
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				24
11	SSVV + CCGG 6/6 H				24
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				24
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				24
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				42 18 24
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN				24
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				24
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				24
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI; 351-400 8UI; ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA					
SINAIS VITAIS:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: FR					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
12 H	104/62	75		36,5	
18 H	124/69	73		36,5	
24 H	140/90	72	-	36,5	
Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia					

12h. medindo e p.m. aferindo SSVV, realizado novo AVE. Segue nos cuidados de enfermagem.

Jacqueline Vieira de Aguiar
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 25997-TE

Georgiana Melo de Souza
COREN-RR 292.369-TE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PRESCRIÇÃO MÉDICA					HGR		GOVERNO DE RORAIMA	
DATA DE ADMISSÃO			DIH	01/11/2019	DN			
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA								
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D								
ALERGIAS			HAS	SIM	DM2	06/11/2019		
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA				
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO		
1	DIETA ORAL livre					SND		
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN					SN		
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H					24 06		
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					7 SN		
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG							
11	SSV + CCGG 6/6 H					Retina		
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H					10 22		
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA					06		
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H					24 06		
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN					7 SN		
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN					10 22		
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H							
19								
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
EVOLUÇÃO MÉDICA:								
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.								
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA								
# SOLICITADO:								
# CONDUTA: MANTIDA								
SINAIS VITAIS								
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:								
# PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO								
6 H	PA	FC	FR					
12 H	110x80	63	-	35,7				
18 H	120x70	60	-	36,5				
24 H								
				Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia				

12 hrs pct no leito, medicado c.p.m.,
Verificado SSV. Teletado sangue p/ exame e encaminhado ao laboratório de exames - 952076

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	01/11/2019	DN	
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA					
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	06/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				SN
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN				SN
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H				SN
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	SSVV + CCGG 6/6 H				Retina
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				SN
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				SN
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN				SN
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				SN
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				SN
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA					
# SOLICITADO:					
# CONDUTA: MANTIDA 06h PA, 125/68 FC: 62					
SINAIS VITAIS: # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: FR # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR	Dr. Augusto Cavalcante	
12 H	150x90	80	35,3°C	CRM-RR 1964	
18 H	118/82	67	36°C	Residente de Ortopedia e	
24 H	114/69	68		Traumatologia	

12h a pt. no leito, medicado cpm, aferido 55 UC

18/11 paciente em casa
 para monitorar cpm
 a 55/UC

Assinado digitalmente
 por Dr. Augusto Cavalcante
 CRM-RR 1964
 Residência de Ortopedia e
 Traumatologia

SUS		Sistema Único de Saúde	Ministério da Saúde	LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE				2 - CNES	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE				4 - CNES	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EMPREENHADOR					
IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE					
5 - NOME DO PACIENTE				8 - N° DO EMPREENHADOR	
Cosmo morais Sousa					
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				9 - DATA DE NASCIMENTO	
704605148241327				06/03/20	
10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL				11 - SEXO	
Expedita morais Sousa				M	
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				13 - TELEFONE DE CONTATO	
14 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				15 - CIDADE MUNICÍPIO	
Alto Alegre				R.R	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO					
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS					
4 dias com febre alta 38,5°C, tosse seca, dor no peito, falta de ar, cansaço, perda de peso.					
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO					
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS PRESTATAS (DE EXAMES DE LABORATÓRIO)					
20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO					
Infecção respiratória aguda					
21 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
22 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
23 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
24 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
25 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
26 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
27 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
28 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
29 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
30 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
31 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
32 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
33 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
34 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
35 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
36 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
37 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
38 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
39 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
40 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
41 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
42 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
43 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
44 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
45 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
46 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
47 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
48 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
49 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
50 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
51 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
52 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
53 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
54 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
55 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
56 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
57 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
58 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
59 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
60 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
61 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
62 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
63 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
64 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
65 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
66 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
67 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
68 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
69 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
70 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
71 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
72 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
73 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
74 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
75 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
76 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
77 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
78 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
79 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
80 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
81 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
82 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
83 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
84 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
85 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
86 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
87 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
88 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
89 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
90 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
91 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
92 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
93 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
94 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
95 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
96 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
97 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
98 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
99 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					
100 - N° DE PROVA (CÓDIGO DE IDENTIFICAÇÃO DO EXAME) - N° DE PROVA					



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 07.11.19 OS _____

COSSMO ROBERTO SILVA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FRATURA exposta do osso PERNA (D)
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: CURATIVO LIGAMENTAR + manuseio de FÍXADOR
TIPO DE INTERVENÇÃO: 1.º estágio (CURATIVO LIGAMENTAR)
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: NA
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: 1.º estágio

CIRURGIÃO: JAMARCO ALBERTO 1.º AUXILIAR: J. PATRICK ROBERTO
2.º AUXILIAR: INSTRUMENTADORA:
3.º AUXILIAR: ANESTESIA:
ANESTESISTAS: J. J. J. J. ANESTÉSICO: R. S. J.
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Exatidão anamnese e
exame físico
O LIGAMENTO EXISTENTE DE NO, COM ORIENTAÇÃO DE BOLHAS,
RETRAIÇÃO DE PELOS ANTERIORES
O NO FOI MANUSEADO POR O 7.º ESTÁGIO COM REF. REGISTRO
NA SALA LIGAMENTAR E TAMBÉM PI NO ANEXO A
UNAS DE P. R. J.

@ L. J. J. J.

Dr. Marcelo Arruda
Ortopedista/Traumatologista
CRM-RR 12345 - RQE: 550



GOVERNO DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO
"Amor e Trabalho"

FICHA DE ANESTESIA

COSMO MOREIRA SOUZA

PRÉ-MEDICAÇÃO - DRUGA - DOSE - HORA - EFEITO

19:00 FENTONIL 100mg + midazolam 3mg

07.11.18

AGENTES	H 01		02		03		04		05		06		07		08		09		10		11		12		13		14		15		16		17		18		19		20		21		22		23		24				
	02																																																		
FLUIDOS VENOSOS	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
DA	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
X	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
USO	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
●	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
ANES	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
X	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
OP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
TEMP	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
□	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
ASPR	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
A	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
RESPI	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
O	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18																																	



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

49 anos.

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Vitorino Mendes Souza				07 III 19	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
curativo cirurgico em MID		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		19:20	19:33		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		Dr. O. Guayana		
Dr. Marcelo Almeida	RES. ANESTESIA:		Dr. Eversson		
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
Dr. Patrick	CIRCULANTE		pilsara / Socorro		
AUXILIAR	TEMPO DE DURAÇÃO:				
TIPO DE ANESTESIA: Rorque					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
	PCTS COMPRESSAS C/03 UNID.		☒	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
☐	PACOTES GAZE C/10			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTÉRIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
☐	LUVA ESTÉRIL 7.5			FIO VICK	
	LUVA ESTÉRIL 8.0			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTÉRIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
☐	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS	Par		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			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			CHRA MOSSO	
	SERINGA 05 ML			CHRA MOSSO	
☐	SERINGA 10ML		☒	GROGOM	
	SERINGA 20ML		☐	FIZ CARDIACA	
				OUTROS: cloro xid. deyl	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE		MATERIAL MEDICAMENTOS		
	Ana Renata		SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA		TAXA DE SALA		
	Luciano		TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		

Date: 07/24/22

Jose Luciano dos Santos
CORREIO 328, 112 - RIVER
ESTERNO

Atestamos a veracidade da seguinte declaração: 12/05/2010

Ata Cirúrgica (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Alvos de dissecção

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

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

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

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

A PROFISSÃO ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☒ Não se aplica
() Sim

Qual: _____ Hora: _____

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS:

☒ Sim
() Não se aplica

Saída (Sala de Operação)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

(X) Sim () Não

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

(X) Sim () Não () Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)

() Sim () Não (X) Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

() Sim (X) Não

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

(X) Sim () Não () Não se Aplica

Assinatura: [assinatura]
Assistente e Carimbo





GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

UNO/ATOR

NOME DO PACIENTE

PROFISSIONAL RESPONSÁVEL

DATA/HORA

PRESCRIÇÃO

HORARIO

RELATÓRIO DE ENFERMAGEM

DISCULPACÕES

casmo morais 19/5

QUESTO 119-2

ILÉGIO

17/06/2020

01/11/19 08:00 am 100mg 1x/dia

02/11/19 08:00 am 100mg 1x/dia

03/11/19 08:00 am 100mg 1x/dia

04/11/19 08:00 am 100mg 1x/dia

05/11/19 08:00 am 100mg 1x/dia

06/11/19 08:00 am 100mg 1x/dia

07/11/19 08:00 am 100mg 1x/dia

08/11/19 08:00 am 100mg 1x/dia

09/11/19 08:00 am 100mg 1x/dia

10/11/19 08:00 am 100mg 1x/dia

11/11/19 08:00 am 100mg 1x/dia

12/11/19 08:00 am 100mg 1x/dia

Dr. Marcelo Arruda
Otorrinolaringologista
CRM-PR 1243/BOE: 550

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA							
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA							
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA							
PRESCRIÇÃO MÉDICA							
DATA DE ADMISSÃO		DIH		01/11/2019		DN	
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA							
ACIDENTE FX DIAPHRAGMÁTICA DE TÍBIA E FIBULA D							
ALIM DIAS		HAS		SIM		DM2	
43		LEITO		119-2		DATA 08/11/2019	
PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
DIETA COMAL 300						5ND	
ONDANETRONA 8MG EV DE 8/8H SN						SN	
DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H						24° 06° 32	
TRANQUILIZANTE SFD 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						SN	
CAPSULA DE 25mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						SN	
SSVU 400MG EV						22° 10	
TILATID 120MG EV DE 12/12H						24° 06° 32	
OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA						SN	
CLONITAZOL 100MG EV OU VO DE 6/6H						SN	
NALBUXINA 30MG + AD 90ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN						SN	
TRAMADOL 50MG VO DE 8/8H SN						SN	
MORFINA 10MG EV OU 500MG VO DE 12/12H						22° 10	
SE NECESSÁRIO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CUI: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40% DE ALCOOL PLANTONISTA							
ENFERMAGEM 3 ML 3x							
PACIENTE EM BOA SITUAÇÃO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COM CONSCIENTE, SEM SINAIS ALÉRGICOS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ADEQUADA ALIMENTAÇÃO, BEM-ESTAR FÍSICO, SEM SINAIS DE ANEMIA, ANÉTICO, AFEBRIL, SEM MOCORRIMENTO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR DE PERNA DIREITA							
FIM DA PRESCRIÇÃO							
SINAIS VITAIS				FR		T	
16				129x76 73		36C	
107x63 63				36,3			
Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia							

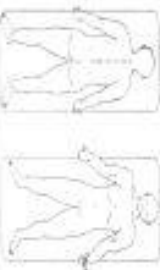
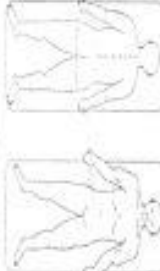
Plano de tratamento 19.05.07
Paciente medicado C.P.M.
cumprido 5500, T.C. 200g
CORREN: 87669172



Administrado medicação
de horário com, verificando
os vts. — f. c. — Maria —

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas - HGR	Paciente: <u>Carma Maria Sousa</u>	Leito: <u>119.2</u>	Data: <u>09/11/2019</u>	

Localização		Região: <u>ESD</u>		Região: <u>ESD</u>
Etiologia	☐ ILPP I II III IV ^{2º} ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tração</u> ☒ Fixador Externo ☒ Ortopedia ☐ Outro:			
Aparência do Leito	☐ Necrose Amarela/Negra ☐ Escarado ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:			
Pele Perifereira	☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outro:			
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Seroso-sanguineo ☐ Seco ☐ Outro:			
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Limitado ☐ Seco			
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:			
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Rosângela Magalhães TCC - Enfermagem COPE - 634.103			
Observações:	Ass: <u>Carma Maria Sousa</u> COPE - 634.103			

GOVERNO DE RORAIMA		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH		01/11/2019		DN			
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA									
AGNÓSTICO FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D									
ALERGIAS									
IDADE		HAS		SIM		DM2			
49		LEITO		119-2		DATA		10/11/2019	
ITEM		PRESCRIÇÃO						HORÁRIO	
1		DIETA ORAL livre						SNB	
7		ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN						SNB	
8		DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H						32-18 24-06	
9		TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA						15N	
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						20-10	
11		SSVV + CCGG 6/6 H						20-10	
12		TILATIL 20MG EV DE 12/12H						20-10	
13		OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA						20-10	
15		CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H						12-18 24-06	
16		NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/8H SN						15N	
17		TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN						20-10	
18		CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H						20-10	
19									
20		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
EVOLUÇÃO MÉDICA:									
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.									
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA									
# SOLICITADO:									
# CONDUTA: MANTIDA									
SINAIS VITAIS									
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:									
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO									
12 H		PA		FC		FR		36,5°	
18 H		130 x 88		72		-		36,4°	
24 H		113/71		67		18		35,9°	
Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia									

Dr. Odinechi Okemir
Médico
CRM-RR-1851

Grh: Realizados os stms
cop. m. valchen
Marinilda S. Rechi
Aut. Enfermeira
COREN 04390/045

Grh do 11.11.19
PP: 120/70 P: 78 R: 18
T: 35,9°
Rosivane A. Delmiro
Téc. em Enfermagem
COREN-RN 583580

Tratamiento de Heridas -

Protocolo n° 1
Paciente: <i>E</i>
Leito: <i>445</i>

Exemples morain Saugua

Leito: 119-2

Data: 40 / 111 / 119

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Localização	Região: <u>PA-I.D.</u>	Região: <u>PA-I.D.</u>
Enologia Grav: I (X) II (X) LEP I II III IV 9* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tratado</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	Grav: I () II () LEP I II III IV 9* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tratado</u> Fixador Externo () ortopedia () Outro:	
Aparência do Leito () Necrose Amarela/Verde () Escurecimento () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal (X) Mucoso () Seco () Eritema / Rubor () Outro:	() Necrose Amarela/Verde () Escurecimento () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros () Normal () Mucoso () Seco () Eritema / Rubor () Outro:	
Pele Perilesional () Purulento () Seroso () Sanguinolento (X) Serososanguíneo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco () Outro:	
Quantidade de Exsudato () Molhado (X) Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza (X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Alcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%	
Cobertura primária (X) Gaze () Colágeno/Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colágeno/Fibrina () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	
Troca () 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento: <i>Assinatura de J. L. S. 20/05/2020</i> <i>Assinatura de J. L. S. 20/05/2020</i> <i>Assinatura de J. L. S. 20/05/2020</i>	<i>Assinatura de J. L. S. 20/05/2020</i> <i>Assinatura de J. L. S. 20/05/2020</i> <i>Assinatura de J. L. S. 20/05/2020</i>	
Observações:		

119-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	01/11/2019	DN	
PACIENTE	COSMO MORAIS SOUSA				
AGNÓSTICO	FX DIAFISÁRIA DE TIBIA E FIBULA D				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	49	LEITO	119-2	DATA	11/11/2019
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL livre				8h/18h
7	ONDANSETRONA 8MG EV DE 8/8H SN				8h/18h
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6H				18h 24h 06
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				7h/18h
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				7h/18h
11	SSVV + CCGG 6/6 H				8h/18h
12	TILATIL 20MG EV DE 12/12H				18h 22
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA				18h 06
15	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				18h 24h 06
16	NALBUFINA 10MG + AD 9ML FAZER 5ML EV DE 6/6H SN				7h/18h
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN				7h/18h
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				18h 22
19	AO HC				
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, SEM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.					
# EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA					
# SOLICITADO:					
# CONDUÇÃO: MANTIDA					
SINAIS VITAIS:					
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	114/74	66	16	36°C	
18 H					
24 H					
Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia					



12:00h. Feito SSVV, adm. as med. CPM.
Realizando AUP. msc, jeko 20.

CCM D. M. Araújo
Téc. de Enfermagem
CRM-RR 534.504



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

RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Cosmo Morais Sousa CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 11 de março de 20 19.

Assinatura do paciente: Cosmo Morais Sousa

Responsável:

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico.

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

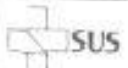
 GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		1ª Classificação/Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		2ª Classificação/Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.		3ª Classificação/Reclassificação ☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.	
1901191264 26/11/2019 15:07:51		FICHA DE ATENDIMENTO		CLÍNICA MÉDICA		DIURNO 07-19 153	
Paciente COSMO MORAIS SOUSA		Data Nascimento 06/03/1970		Idade 49 A 8 M 20 D		CNS 704605148741327	
Tipo Doc IDENTIDADE 1385154		Órgão Emissor SSP/MA		Sexo M		CPF 57753652249	
Mão EXPEDITA MORAIS SOUSA		Estado Civil SOLTEIRO(A)		Raça/Cor MONCAO - MA		Prontuário 00176796	
Endereço AVENIDA - 1 DE JULHO, S/N - 531 - CENTRO - ALTO ALEGRE - RR		Pai NC		Naturalidade BRASILEIRA		Contato (95) 99172-2723	
Cláss. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade	
Motivo do Atendimento SPA - PRONTO ATENDIM		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência	
Setor PRONTO ATENDIMENTO		Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA		Procedimento Sol.		Temp.	
Queixa Principal		Sintoma Febril		Sintoma Respiratório		Suspeita de Dengue	
Anamnese de Enfermagem		GSC		TOTAL		AD: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)							
<i>paciente encaminhado do HC PI admission de desordem mental com MD</i>							
Exame Físico							
Hipótese Diagnóstica							
SAAT - Exames Complementares							
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<i>Prescrição de comorbidade com...</i>							
<i>Laudinei Junior</i> <i>Medico</i> <i>CRM-RR 1882</i>				<i>26.11.2019</i>			
Conduta				Ambulatório		Observação (Até 24h)	
☐ Alta por Decisão Médica				☐ Ambulatório		☐ Observação (Até 24h)	
☐ Alta a Pedido				☐ Observação (Até 24h)		☐ Internação	
☐ Alta a Revelar				☐ Internação		☐ Transferência para:	
☐ Transferência para:				Data e Hora da Saída/Alta: ____:____h			
óbito							
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica							
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico			
Impresso por: edvan.nascimento Data Hora: 26/11/2019 15:08:55							

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: PJ8YD MJKUB QX3BB 7FG2D

Trans + 06/12/19

NIR

Anexo I

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		NIR		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde							
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
Identificação do Paciente							
5 - NOME DO PACIENTE Carine Moura Sousa				6 - Nº DO PRONTUÁRIO 176796			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 704605148741527				8 - DATA DE NASCIMENTO 06/03/70		9 - SEXO Masc ☒ Fem ☐	
10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Expedito Moura Sousa				11 - TELEFONE DE CONTATO 91599.17422723			
12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Av. I de julho 531 Centro				13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Alto Alegre		14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 15 - UF 16 - CEP	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Sintoma agudo de Tórax							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO Tratamento Cirúrgico							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RX							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Sintoma agudo de Tórax						21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Outubro						25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
26 - CLÍNICA 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Rodrigo Dias						31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO DO CONSELHO	
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO 34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO 35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO						36 - CNPJ DA SEGURADORA 37 - Nº DO BURET 38 - SÉRIE	
39 - CNPJ EMPRESA 40 - CNPJ DA EMPRESA 41 - CBOE							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR						44 - COD. ORGÃO EMISSOR	
45 - DOCUMENTO () CNS () CPP						46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 06/11/19						48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 0308010019 5878 T068 W 9.99	

TC/41

401.3

$\rho_D = 4.5$

12

16:15
Infernoes
Pr. 100 X 70 mites
Fc. 87 bpm.
T. 36.5°C

066m-5500
84.84 x 49
84.84
84.84

Kizia da Conceição Costa
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 628.963

Silvia Maria Souza Aguiar
Técnica de Enfermagem
COREN/RN 0629.841 TE

20 JUN 2020

Dr. Anderson P. Silva
Ortopedia e Traumatologia
Rua do Rio de Janeiro, 1753
Cidade de São Paulo, SP



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																					
PRESCRIÇÃO MÉDICA																					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																		
PACIENTE <i>Osório Moraes Sousa</i>																					
AGNÓSTICO <i>Fx de fratura de fêmur e fíbula (S)</i>																					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA																
IDADE	LEITO	DATA		<i>27/11/19</i>																	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																
1	DIETA ORAL LIVRE																				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>SN</i>																
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>manh</i>																
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>12.00 24.00</i>																
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>06.00</i>																
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				<i>SN</i>																
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				<i>SN</i>																
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>12.00 24.00</i>																
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>06.00</i>																
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H				<i>suspensão</i>																
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H				<i>suspensão</i>																
12																					
13																					
14																					
15																					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>																
17	SSVV + CCGG 6/6 H																				
18	CURATIVO DIÁRIO																				
19																					
20																					
21																					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA EVOLUÇÃO MÉDICA: # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE # EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO. # SOLICITADO: RX: # CONDUZA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:																					
SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>7 FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td><i>90x50</i></td> <td><i>84</i></td> <td><i>36.3c</i></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td><i>120x90</i></td> <td><i>80</i></td> <td><i>36.6c</i></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td><i>110x80</i></td> <td><i>79</i></td> <td><i>36.6c</i></td> </tr> </tbody> </table> MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						6 H	PA	FC	7 FR	12 H	<i>90x50</i>	<i>84</i>	<i>36.3c</i>	18 H	<i>120x90</i>	<i>80</i>	<i>36.6c</i>	24 H	<i>110x80</i>	<i>79</i>	<i>36.6c</i>
6 H	PA	FC	7 FR																		
12 H	<i>90x50</i>	<i>84</i>	<i>36.3c</i>																		
18 H	<i>120x90</i>	<i>80</i>	<i>36.6c</i>																		
24 H	<i>110x80</i>	<i>79</i>	<i>36.6c</i>																		

Aline O. de Castro
Téc. Enfermagem
COREN-RR 0000000000

Maria Fátima Barros
Téc. Enfermagem
COREN-RR 0000000000

Paulo Sérgio de Souza
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1954

Adriana C. de Souza
Enfermeiro
CRM-RR 1954

103 SN
PA = 100x60
FC = 64
TA = 36.8c

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA				HGR
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN		
PACIENTE		COSMO MORAIS SOUSA				
DIAGNÓSTICO		FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD				
ALERGIAS		HAS		DM2		
IDADE		LEITO	401-3	DATA	29/11/2019	
ITEM						HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
2	AVP					manhã
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H					22-10-12-18-24-06
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H					SND
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN					06
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA					
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					SND
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN					SND
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					SND
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SND
11	CURATIVO DIÁRIO					Realizar
12	SSVV + CCGG 6/6H					
13						
14						
15						
16						
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA						
EVOLUÇÃO MÉDICA:						
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.						
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D						
# PRE						
SINAIS VITAIS						
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
12 H						
18 H						
24 H						

07h 13h. administrados 1 hem. @ epm. Luc Elisabet

Realizado medicação das 18 h. Realizado medicação das 24 h.

22 Feito novo AVP
jeito do MSD.
tec. Luziane.

Obs: medicamento administrado
TATIANA ALVES
DOT. 2020.11.10.10.10

Tram. S. 100mg
Alax. de 100mg
CUREM-RI 2020.11.10.10.10

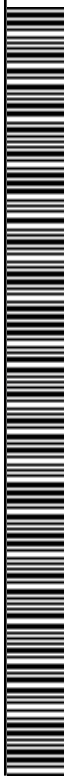
401-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		PRESCRIÇÃO MÉDICA	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN			
PACIENTE		COSMO MORAIS SOUSA					
DIAGNÓSTICO		FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD					
ALERGIAS		HAS					
IDADE		LEITO		401-3	DM2	DATA	
ITEM						30/11/2019	
1	DIETA ORAL LIVRE						HORÁRIO
2	AVP						SN
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H						infante
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H						12 18 24 6
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN						22 SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA						008
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N						
8	TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN						
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N						SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG						
11	CURATIVO DIÁRIO						
12	SSVV + CCGG 6/6H						M. Rocha
13							
14							
15							
16							
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA							
EVOLUÇÃO MÉDICA:							
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS. # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D # PRE							
SINAIS VITAIS							
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA			
12 H							
18 H							
24 H							

Trocado acervo venoso.

07 as 12
for sem modificação.
C P M

Adm. antibióticos
deu não adm. adreana
sele. — R



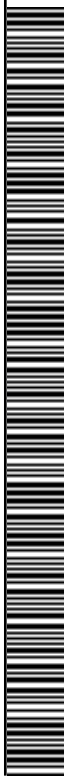
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE		COSMO MORAIS SOUSA			
DIAGNÓSTICO		FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD			
ALERGIAS		HAS	DM2		
IDADE		LEITO	401-3	DATA	01/12/2019
ITEM					HORÁRIO
1		DIETA ORAL LIVRE			SN
2		AVP			12h
3		CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H			12h
4		CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H			12h
5		DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN			12h
6		OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA			06h
7		PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			06h
8		TRAMAL 100MG + SFO, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN			14h
9		SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			14h
10		CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
11		CURATIVO DIÁRIO			
12		SSVV + CCGG 6/6H			
13					
14					
15					
16					
		SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA			
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D					
# PRE					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE	
12 H				CRM-RR 1964	
18 H				RESIDENTE EM ORTOPEDIA E	
24 H				TRAUMATOLOGIA	

07/12/19 - Administração e ins (3) (4) feito AVP ms (E) zelco 20
Tcc Ufrr

Administrado medicação das 18hs
Gm. Tici Rosário

N 401-3 M

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA																										
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN																						
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA																										
DIAGNÓSTICO FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD																										
ALERGIAS		HAS		DM2																						
IDADE		LEITO	401-3	DATA	02/11/2019																					
ITEM					HORÁRIO																					
1	DIETA ORAL LIVRE				SN																					
2	AVP				manter																					
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				30																					
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				30 38 34/06																					
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN																					
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA																									
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN																					
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				SN																					
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN																					
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN																					
11	CURATIVO DIÁRIO				rotacion																					
12	SSVV + CCGG 6/6H				rotacion																					
13																										
14	SOLICITO NOVOS EXAMENS				OK																					
15																										
16																										
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI ; 251-300: 4UI ; 301-350: 6UI ; 351-400: 8UI ; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																										
EVOLUÇÃO MÉDICA:																										
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D # PRE																										
 Dr. Jesus Arce Lopez Aguirre CRM-RR 566																										
<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <th colspan="4">SINAIS VITAIS</th> <th rowspan="5" style="width: 30%;"> DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA </th> </tr> <tr> <td>6 H</td> <td>PA</td> <td>FC</td> <td>FR</td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </table>						SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	6 H	PA	FC	FR	12 H				18 H				24 H			
SINAIS VITAIS				DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																						
6 H	PA	FC	FR																							
12 H																										
18 H																										
24 H																										



De 31/05/23
Adm. medicacao
Cpm
FARM. DE RORAIMA
AUX. DE FARMACIA
COREN RR 252.974-MAX

38. Adm. medicacao e
segur. aos cuidados
do grupo de enfermei-
gem



PEDIDO DE PARECER

UNIDADE: 401
NOME: Corno homi. Pavi Corno Moura de Sousa
IDADE: 41 REGISTRO: _____
BLOCO: D ENFERMARIA: 401 LEITO: 03
UTI: _____ EMERGÊNCIA: _____

DE: ORTOPEDIA PARA: CARPOPELITE

Dados Clínicos:
Paciente é portador de HbS
Solicita placa cinzenta
02/12/19
Data
Dr. Jesus A. Lopes Aguiar
CRM-R 566
Médico

02/12/19 18:30
Rubeo Amarelo Cardiológico
Cirurgia Correção de fratura em MTD
HPL: nega comorbidades, nega alergias, boa cicatrização e coagulação (sic); HF negat DAC; DSL?, ex tabagista (há 1 ano), etilista ocasional.
Ao exame - eufórico, corado, assintomático.
ACV - RER, RT, SNF e sopros PA=110x70mmHg FC=89bpm.
AR - MURM, sem RA
ABD - flácido, indolor
MMII - sem edemas, MTD fratura (distal).
GP. DISCRETA Cd. Aguardo laboratório / ECG / RXT
Aguardar após exames e resultados.
1/1
Data
Médico

Lab (29/11) - cancelado
RXT - o nome não encontrado
ECG - não encontrado no prontuário paciente não há...

+

401-3

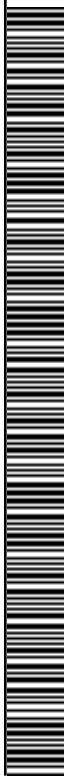
m

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																														
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																														
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN																										
PACIENTE	COSMO MORAIS SOUSA																													
DIAGNÓSTICO	FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD																													
ALERGIAS	HAS DM2																													
IDADE	LEITO	401-3	DATA	03/12/2019																										
ITEM					HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				SN																									
2	AVP				SN																									
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				SN																									
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				SN																									
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN																									
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SN																									
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN																									
8	TRAMAL 100MG + SFD, 9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR II				SN																									
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN																									
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN																									
11	CURATIVO DIÁRIO				SN																									
12	SSVV + CCGG 6/6H				SN																									
13					SN																									
14	SOLICITO NOVOS EXAMENS				SN																									
15					SN																									
16					SN																									
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																														
EVOLUÇÃO MÉDICA:																														
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS. # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D # PRE																														
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR		12 H					18 H					24 H				
SINAIS VITAIS																														
6 H	PA	FC	FR																											
12 H																														
18 H																														
24 H																														
DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														

06. (vo) Bule.

Carlos Brigue La Rosa
Médico
CRM-RR 153

as 24 hs o medicamento mudou
de 100 (4) clindamicina. CP.M.
Rafael



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

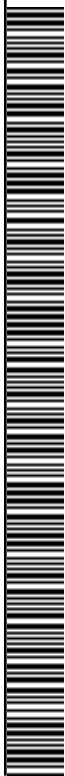
	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR		Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <i>Leandro M. Souza</i>		Leito: <i>4033</i>	Data: <i>03/12/19</i>		

Localização			Região: <i>M. T. D.</i>			Região: _____
Etiologia	Grau: I () II (2) ☐ L.P.P I II III IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: Tração Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:					
Aparência do Leito	☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfácelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros ☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outro:					
Pele Perilesional	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco ☐ Outro:					
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70% ☐ Gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☒ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☒ Outro: <i>AGE</i>					
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h					
Profissional que realizou procedimento:	<i>Revisado</i> <i>Liberto</i> <i>Levillere Medeiros</i>					
Observações:						

M 401-3

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA 					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE COSMO MORAIS SOUSA					
DIAGNÓSTICO FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD					
ALERGIAS	HAS		DM2		
IDADE	LEITO	401-3	DATA	04/12/2019	
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				manter
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10h
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12h 18h 24h
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				rotina
12	SSVV + CCGG 6/6H				rotina
13					
14	SOLICITO NOVOS EXAMENS				Alencar
15					
16	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ÁLGICAS. #EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D #PRE					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE CRM-RR 1964 RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
12 H					
18 H					
24 H					

as 18h foi adm
medicação de
item 4



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: ____/____/20		Enfermaria: _____	
Nome Completo: _____		Leito: _____	
DN: ____/____/____			
Hipótese Diagnóstica: _____			
Precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim () Não Qual(is): _____		Sexo: () F () M	
Paciente Indígena: () Sim () Não Necessidade de Intérprete? () Sim () Não		Qual idioma: _____	
Possui acompanhante: () Sim () Não		Obs: _____	
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida			
SISTEMA NEURÓLOGO			
() Consciente () Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Fotorreagente () Mióticas () Midriáticas () Afebril () Febril () Hipertérmico		() Alterações: _____	
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração			
Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotensão () Distendido () Glóboso		() Pulsos Cheios () Filiformes () Arritmico Ruidos Hidroaéreos: () Presente () Ausente	
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____		Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() Espontânea () SVO () Fralda () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT		() Anúria () Oligúria () Cistostomia Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial	
() Irrigação contínua () Outros: _____		Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Alterações: _____	
() Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Ictérica () Anictérica		Flatos: () Presente () Ausente	
Lesão por pressão: () Sim () Não		Edema Local: _____	
Região: _____		Risco de Lesão Sinalizado: _____	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: () Sim () Não		Local: _____ Data: _____ Trocar em: ____/____/____	
Cateter Central: () Sim () Não		Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: ____/____/____	
Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não			
Dreno de: _____		Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____	
Curativos: () Sim () Não		Local: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada () Padrão respiratório ineficaz () Risco de Lesão por Pressão		() Risco de Infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Quedas	
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Risco de Broncoaspiração		() Risco de constipação () Risco de integridade da pele prejudicada () Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Comunicação deficiente		() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado	
() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse		Prescrição de Cuidado Prev Quedas	
1. Histórico de Queda		6. Estado Mental	
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações		0 () Manter grades laterais elevadas	
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação		15 () Identificar o risco de queda na placa de identificação	
2. Diagnóstico Secundário		TOTAL: _____	
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24		() Auxiliar o paciente na higiene	
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo calinizado		() Manter cama com rodas travadas	
Não 0		() Necessidade de contenção ao leito	
Sim 20		() Manter vigilância de ____ horas	
4. Auxílio na Deambulação		() Calçado seguro nos pés	
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0		() Material de uso pessoal ao alcance da mão	
Muleta/Bengala/Andador 15			
Mobiliário Parede 30			
5. Marcha/Deambulação			
Normal/Sem deambulação/Acamado 0			
Frac 10			
Comprometida/Cambaleante 20			
Registro Geral: _____			
Enfermeiro Assinatura e Carimbo: _____			

401-3

GOVERNO DE RORAIMA Hospital Geral de Roraima		HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA		HGR	
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE		COSMO MORAIS SOUSA			
DIAGNÓSTICO		FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	401-3	DATA	05/12/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	AVP				manter
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				20
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				22 24 06
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA				SN
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				SN
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				SN
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
11	CURATIVO DIÁRIO				retirar
12	SSVV + CCGG 6/6H				retirar
13					
14	SOLICITO NOVOS EXAMENS				Atenuar
15					
16					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO,, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALGICAS.					
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, EM USO DE FIXADOR EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D					
# PRE					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE	
12 H				CRM-RR 1964	
18 H				RESIDENTE EM ORTOPEDIA E	
24 H				TRAUMATOLOGIA	

Administrado medicamentos item 021

medicamento
AUX. DE
COREN

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Cosme Mendes Souza

Leito: 401-3

Data: 05/12/2019

Localização		Região: <u>MID</u>		Região: <u>MID</u>
Etiologia	☐ LPI I II III IV 7* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u>Tração</u> ☒ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	Grau: I () II (☒) ☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:	☐ LPI I II III IV 7* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☒ Trauma: <u>Tração</u> ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia ☐ Outro:	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:
Aparência do Leito	☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outro:	☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema/Rubor ☐ Outro:
Pele Periférica	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Seco ☐ Outro:
Tipo de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco ☐ Outro:
Quantidade de Exsudato	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70% ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70% ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70% ☐ Outro:	☐ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70% ☐ Outro:
Solução de Limpeza	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro:
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h ☐ Outro:	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h ☐ Outro:	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h ☐ Outro:	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h ☐ Outro:
Profissional que realizou procedimento:	Renata Silva Rodrigues COREN 41572-AE LARISSA ALVES COREN 41572-AE	Renata Silva Rodrigues COREN 41572-AE LARISSA ALVES COREN 41572-AE	Renata Silva Rodrigues COREN 41572-AE LARISSA ALVES COREN 41572-AE	Renata Silva Rodrigues COREN 41572-AE LARISSA ALVES COREN 41572-AE
Observações:	Adonide Vieira Araújo Técnico em Enfermagem COREN 507 795/TE			

401-3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	26/11/2019	DN	
PACIENTE		COSMO MORAIS SOUSA			
DIAGNÓSTICO		FX DE OSSOS DA PERNA DIREITA + NECROSE PDD			
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE		LEITO	401-3	DATA	06/12/2019
ITEM					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIMPA				SND
2	AVP				manter
3	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H				10
4	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H				12 18
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VO DE 6/6H SN				SN
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA				
7	PLASIL 10MG EV 2X AO DIA				SN
8	TRAMAL 100MG 1CP 100MG EV OU 1CP 50MG VO DE 8/8H SE DOR IN				SN
9	PARACETOL 1G EV 4X AO DIA 8/8 HRS S/N				SN
10	CAPTOPRIL 25 MG 1CP 1X AO DIA CAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG				SN
11	DIURÉTICO DIÁRIO				retener
12	SSVV + CCGG 6/6H				retener
13					
14					
15					
16					
17					
18					
19					
SE DIABÉTICO, INJEÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CORREJME: 200-250 UI 251-300 4UI 301-350 6UI; 351-400 8UI 401-450 10 UI E OUT GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVIAR PLANTONISTA.					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO COM O PACIENTE DEBILITADO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, SEM QUEIXAS ALÉRGICAS.					
# EXAME FÍSICO: BFO, LOTE, C/PO, ANCI, AFE, EUPNEICO, NORMOCORADO, HILATADO, SINAIS DE FLEXÃO EXTERNO EM PERNA DIREITA E CURATIVO EM PÉ D.					
# PRE					
SINAIS VITAIS:					
6 H	PA	T	FR	DR AUGUSTO CAVALCANTE	
12 H				CRM-RR 1964	
18 H				RESIDUÁRIO EM ORTOPEDIA E	
24 H				TRAUMATOLOGIA	



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

RETAGUARDA/HLI

Eu Carlo morais Souza CPF nº _____

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

Declaro que:

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

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

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

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

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

Boa Vista, 06 de 12 de 20 19.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome: _____

CPF nº: _____ Grau de Parentesco: _____

Este espaço, a seguir, deverá ser preenchido pelo médico

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

Boa Vista, 06 de 12 de 20 19. Hora: 11:00

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM: _____

Assinatura/crimbo do Médico Regulador

Dr. André Dantas Noronha
Médico
CRM 11.419/2006



HOSPITAL DAS CLÍNICAS Dr. WILSON FRANCO
RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL
GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 26/11/19
PACIENTE: Cosmo Nóbrega, Suci DN: 1/1
DIAGNÓSTICO(S): Fratura Externa Tibia Pério
PECHOLO 700cm/mast
DIH: 11/11/19
KANBAM: Dieta:
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas:
Na: K: Ca: Cl: PO₂: PCO₂:
HCO₃: PH: BE:
EAS:
CULTURAS (/ /):

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:
Cl: HCO₃: PH: BE: PO₂: PCO₂:
EAS
IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

Do Pront. Secorin
Debidus secorin

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Oor e Honei Hoguez pt 1
Fevr

Boa Vista, 26 de 11 de 2019. Hora:

Assinatura/carimbo do Médico Assistente CRM: 1/

Autorização de Transferência para Hospital Geral de Roraima/HGR

Assinatura/carimbo do Médico CRM: 1/

Assinatura/carimbo do Médico CRM 1405

Regulada 81 entrada pelo PAAR.



NOME:

Cosmo Monio

RECEBUEIRO

LAUDO MONIO

Dr. Cosmo

Intervista de tomografia

©. com exame externo

para tomografia de

tomografia de

monio

DATA 11/07/20

CLÍNICA ESPECIALIZADA DORONEL MOTA
Rua Coronel Mota, 539 - Centro - 69000-000
UF: RO. CEP: 69.001-100 - CNPJ: 04.013.400/0001-00

Assinado digitalmente por Paulo Sergio de Souza
Data: 25/06/2020 10:17
Certificado: 12003



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"



FICHA DE ATENDIMENTO DO SERVIÇO SOCIAL

Bloco: 119-2

I - DADOS DO PACIENTE:

DESCONHECIDO: () SIM () NÃO ENTRADA: 03/11/2019
OBS: (COR/RAÇA, ESTATURA, VESTIMENTA....)

II - IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

NOME: Cezario de Menezes Sousa
DATA DE NASCIMENTO: 06/03/70 IDADE: 49 anos
SEXO: (☒) FEM. () MASC. TELEFONE: _____
NACIONALIDADE: _____ NATURALIDADE: Mangão MA
ENDEREÇO: Av. dos 10 de julho,
Nº 534 BAIRRO: Penha CIDADE: Alto Alegre
ACOMPANHANTE NA UNIDADE: _____
PARENTESCO: _____ CONTATO: 99172.2723
POSSUI DOCUMENTOS: () SIM () NÃO
APRESENTA ALGUMA DEFICIÊNCIA: () SIM () NÃO SE SIM, QUAL? _____
RECEBE ALGUM BENEFÍCIO? () SIM () NÃO
() BPC () APOSENTADORIA () AUXÍLIO DOENÇA () OUTROS: _____

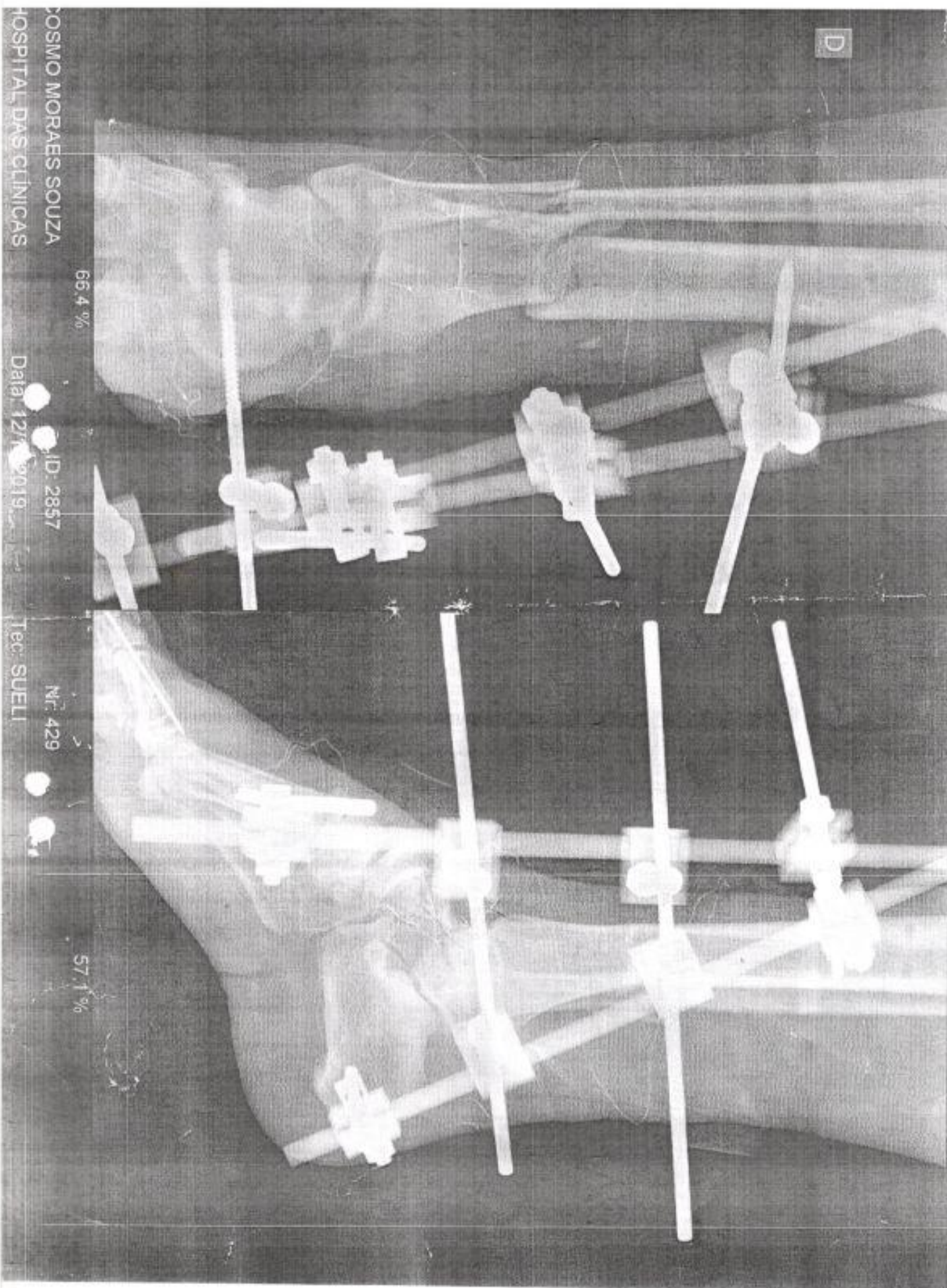
III - CONDUTA PROFISSIONAL/ACOMPANHAMENTO:

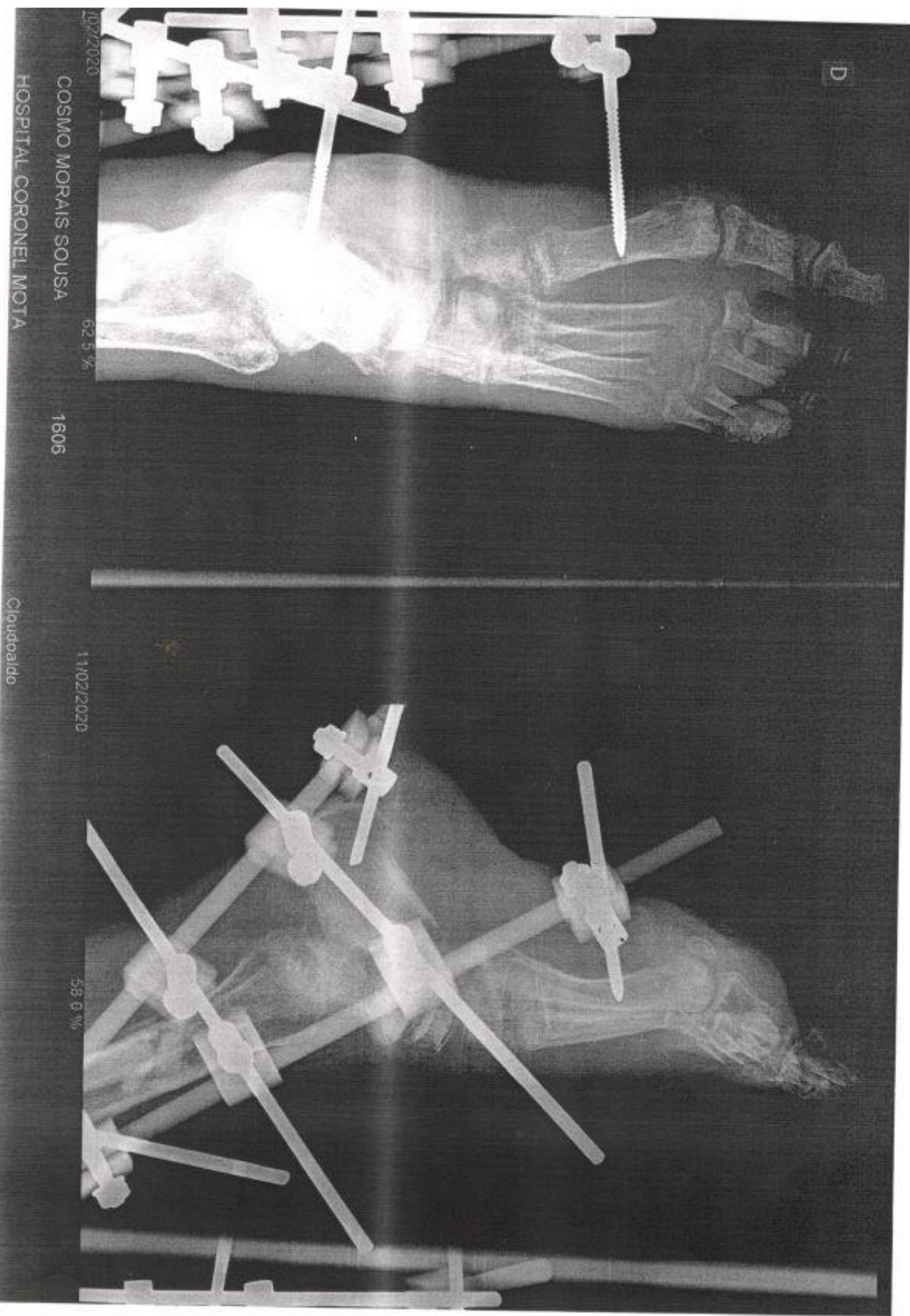
Paciente vítima de acidente de trânsito. Aguardando
cirurgia. Realizado acolhimento. Contato telefônico
sem êxito.

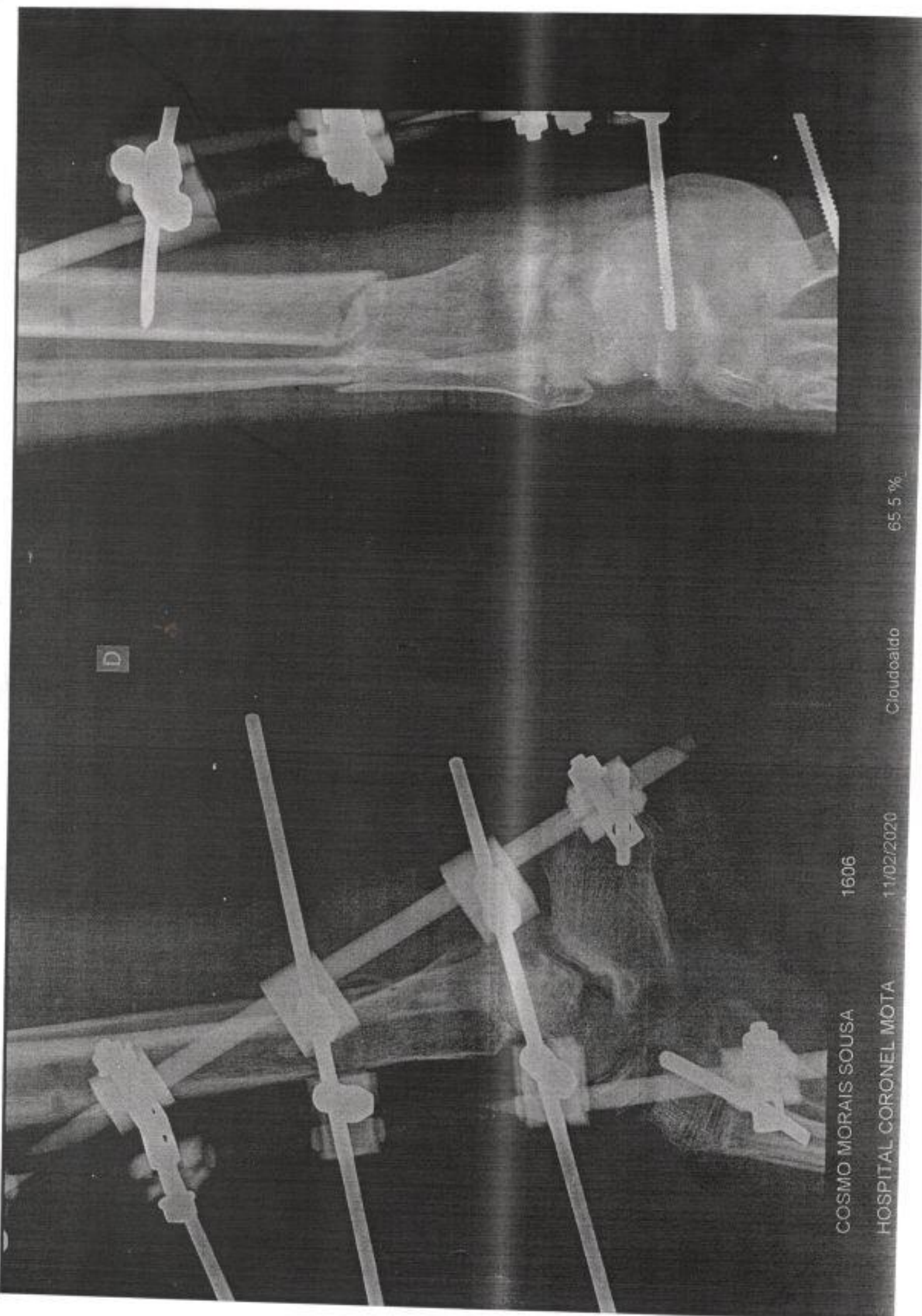
Maria do Rocio Prada Cordeiro
Assistente Social
CRESS 0086-27ª Região/RR

Paciente recebe visitas ao prison, Ser familiares
(991457029). Será sua referência durante
a internação.

Maria do Rocio Prada Cordeiro
Assistente Social
CRESS 0086-27ª Região/RR







65.5 %

Cláudioaldo

1606

11/02/2020

COSMO MORAIS SOUSA

HOSPITAL CORONEL MOTA



SINISTRO 3200163904 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA COSMO MORAIS SOUSA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO

GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO COSMO MORAIS SOUSA

CPE/CNPJ: 57753652249

Posição em 20-05-2020 11:05:52

O pedido de indenização do Seguro DPVAT foi concluído com a liberação do pagamento para a conta indicada pelo beneficiário.

Data do Pagamento: XX/XX/XXXX

Valor da Indenização: R\$00.000,00

Juros e Correção: R\$00.000,00

Valor Total: R\$00.000,00

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
13/05/2020	R\$ 2.531,25	R\$ 0,00	R\$ 2.531,25