



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE SEGURANÇA PÚBLICA

POLÍCIA CIVIL DO ESTADO DE RORAIMA

DELEGACIA ONLINE DE RR

ENDEREÇO: Av. Getúlio Vargas, 3859, Canarinho, Boa Vista/RR – CEP 69.306-045, Fone: (95) 9 9168-7209

Ocorrência Nº: 7294/2020 - Registrado em: 23/07/2020 às 16h 50min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 11/12/2019 às 08h 02min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: N11

Nº: S/N

CEP: 69316-360

Bairro: PINTOLANDIA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência:

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

BIANCA SOBRINHO(20), nascido(a) em 11/09/1999, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 039.493.412-18, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de EVA SOBRINHO e PAULO DE SOUSA NUNES, endereço: VICENTE TAVARES DE MELO, cep: 69314-332, Nº: 315, bairro: DOUTOR SILVIO LEITE, BOA VISTA-RR, referência: POSTO DE SAÚDE DR SILVIO LEITE, Telefone: (95) 99136-4387.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	APOLICE DE SEGURO	ACIDENTE DE TRANSITO-DPVAT

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE INFORMA QUE TRANSITAVA COMO PASSAGEIRA DA MOTOCICLETA CG TODAY 125, COR: PRETA, PLACA: NAI4029, CONDUZIDA POR SEU NAMORADO LUCAS, NO ENDEREÇO ACIMA QUANDO UMA MOTO INVADIU A PREFERENCIAL REPENTINAMENTE A FAIXA EM QUE A MESMA TRAFEGAVA NÃO DANDO TEMPO DE DESVIAR, OCORRENDO ASSIM A COLISÃO. A MESMA INFORMA QUE FOI SOCORRIDA PELA EQUIPE DO SAMU ATÉ O HGR COM FRATURA NO OMBRO DIREITO E NO JOELHO ESQUERDO. É O RELATO.

ADRIANO S. S. SANTOS
DELEGADO DE POLÍCIA
MATRÍCULA: 42000916
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

RONALDO LUIZ DE SOUZA
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: SIAFI 710354
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE

Bianca Sobrinho

BIANCA SOBRINHO
COMUNICANTE



TRABALHADOR	
Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-Lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional. Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS. O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador. Pela sua importância, é seu dever protegê-la e cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação. CONFECIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR	
MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL PIS/PASEP 161.42491.32-9 NÚMERO 8131735 SÉRIE 0040 RR Bianca Sobrinho ASSINATURA DO TITULAR  	

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO	
	BIANCA SOBRINHO FILIAÇÃO..... EVA SOBRINHO NASCIMENTO..... 11/09/1999 SEXO: FEMININO ESTADO CIVIL..... SOLTEIRO NATURALIDADE: BOA VISTA - RR DOCUMENTO..... R.G. 4152190 SESP RR 23/06/2010 LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995 CNPJ..... 039.483.412-18 CNH..... SEÇÃO: TIT. ELEITOR: LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 06/02/2015 ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE	
FILIAÇÃO.....	
DATA DE NASC. DE / / PARA / /	
DOCUMENTO.....	MOTIVO.....
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME.....	
DOCUMENTO.....	MOTIVO.....
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME.....	
DOCUMENTO.....	MOTIVO.....
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
NOME.....	
DOCUMENTO.....	MOTIVO.....
ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR	
L E G E N D A	
A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO	
B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA	

03

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CGC/CPF/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO.....

DE.....

DE.....

REGISTRO Nº.....

FLS. / FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

1ª.....

2ª.....

DATA DE SAÍDA.....

DE.....

DE.....

1ª.....

2ª.....

COM. DISPENSA CD Nº.....

FGTS Nº DA CONTA:.....

10

CONTRATO DE TRABALHO

EMPREGADOR.....

CGC/CPF/CEI.....

ENDEREÇO.....

MUNICÍPIO.....

ESP. DO ESTABELECIMENTO.....

CARGO.....

CBO Nº.....

DATA DE ADMISSÃO.....

DE.....

DE.....

REGISTRO Nº.....

FLS. / FICHA.....

REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA.....

1ª.....

2ª.....

DATA DE SAÍDA.....

DE.....

DE.....

1ª.....

2ª.....

COM. DISPENSA CD Nº.....

FGTS Nº DA CONTA:.....

11



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 5612350

PAULO DE SOUZA NUNES

R. VICENTE TAVARES DE MELO, 315,

DR. SILVIO LEITE 69314332 BOA VISTA

RR

CÓDIGO ÚNICO 675237	MÊS 07/2020	PERÍODO DE CONSUMO 17-JUN-20 a 20-JUL-20
CONSUMO (kWh) 914	VENCIMENTO 06-AUG-20	TOTAL A PAGAR R\$ 741,10

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui



RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44

IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO 675237	MÊS 07/2020	TOTAL A PAGAR R\$ 741,10
-------------------------------	-----------------------	------------------------------------

836100000071.411000750009.000000000679.523707200052





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

Rio de Janeiro, 07 de Agosto de 2020

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3200274109

Vítima: BIANCA SOBRINHO

Data do Acidente: 11/12/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Assunto: PEDIDO DO SEGURO DPVAT NEGADO

Senhor(a), BIANCA SOBRINHO

Após a análise dos documentos apresentados do pedido do Seguro DPVAT, a indenização foi negada, conforme esclarecemos:

Os documentos médicos apresentados não evidenciam a presença de sequelas permanentes, que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica, não sendo caracterizada invalidez permanente coberta pelo Seguro DPVAT.

Realizado tratamento conservador, conforme documento médico, datado de 11/12/2019, emitido pelo Dr. JESUS A LOPES AGUIRRE CRM nº 566 - RR, da Instituição SUS, que informa evolução sem sequela permanente e não sendo comprovada a existência de invalidez permanente.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Carta nº 16015410

Pag. 00433/00434 - carta_31 - INVALIDEZ



00020217

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: PJY6T BBWBJ TXXUQ BRVYY



INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Bianca Sobrinho
ESTADO CIVIL: Solteira
RG nº: 4152190
CPF/MF nº: 039.493.412-18
TELEFONE: (95) 99136-4387 **E-MAIL:** bianca530@gmail.com
ENDEREÇO: R. Vicente Farkes de Melo, 315, Dr. Silvio Lida

OUTORGADOS: DR. IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1639 e DR. JOHON EMERSON DE SOUZA CAMILO, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1376, ambos com escritório profissional nesta Capital.

PODERES: para o foro em geral, e os da cláusula "ad Judicia", mais os ressalvados no art. 38, do Código de Processo Civil, exceto para receber citação, para propor, no interesse da **OUTORGANTE**, as ações que se fizerem necessárias e contestar ou responder as que contra o mesmo forem propostas, acompanhando-as até o final julgamento, ajuizar medidas cautelares, incidentes ou não, preventivas ou provisórias, justificações judiciais, pleitear alvarás ou ordens judiciais, efetuar levantamento de depósitos judiciais, através de alvarás, para atos que delas dependam, mandar protestar cambiais e retirá-las do protesto, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação na via administrativa junto ao INSS, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 11 / de Agosto de 2020.

x Bianca Sobrinho

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: Bianca Sobrinho
ESTADO CIVIL: Solteira PROFISSÃO Estudante
RG nº. 4152190
CPF/MF nº. 039.493.412-18
ENDEREÇO: R. Vicente Tavares de Melo, 315, Dr
Silvio Lito

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de meu próprio sustento e/ou de minha família, nos termos do art. 99 § 3º da Lei nº 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Boa Vista/RR, 11 / de Agosto de 2020.

x Bianca Sobrinho



ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Bianca Sobrinho
Responsável Cirurgião M. Sobrinho

M. Sobrinho

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- () Identidade
() Sítio Cirúrgico
() Procedimento
Consentimento () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

() Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

() Sim () Não () Não se Aplica

() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

() OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

() Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

() Não () Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

() Não () Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Emerson 1899
Assinatura

Data: / / Hora: :

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista M. Sobrinho
R. Emanuel

PAUSA 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
() 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 ANTIMICROBIANA FOI

REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica

() Sim, Qual: Leptiracem Hora: 8:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim () Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

() Sim () Não

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

() Sim () Não () Não se Aplica

3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA 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

Trícia Weruska A. da Silva
Enfermeira
COREN 254.154/RR

Assinatura e Carimbo

Hurgia a gusca para

6041

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	<i>Bianca Salvador</i>				
AGNOSTIC	<i>12/08/20</i>				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA	<i>16/08/20</i>		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				<i>SN</i>
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				<i>SN</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>SN</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>12:15 24:06</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>SN</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 4				<i>SN</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>12:15 24:06</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>SN</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>NTF</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>SN</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
13	SSVV + CCGG 6/6 H				<i>SN</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>SN</i>
15	<i>100ml EV 12/12h</i>				<i>12:15 24:06</i>
16					<i>12:15 24:06</i>
17					
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 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,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

11:08 - Retorno do c.c.

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	<i>105x70</i>	<i>105</i>		<i>35.8</i>
18 H	<i>120x80</i>			<i>36.0</i>
24 H	<i>120x70</i>			<i>35.9</i>

Dr. Emerson de Souza Camilo
COREN-RR 508.688

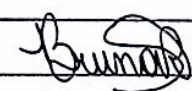
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

54 - PA 110x80
Nelcy Queiroz Lopes
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 310108TE

Paciente se referiu algia em mmIE. Foi Aindapina na de horario.

Alergia Buccopain



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: 16 / 03 / 2020		Enfermaria: 601	
Nome Completo: Bianca Solimino		Leito: 01	
Hipótese Diagnóstica: PO / Assistência de Enfermagem e tratamento		DN: ____/____/____	
Precaução: () Sim (X) Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotós			
Alergia: () Sim (X) Não Qual (is): _____ Sexo: () F () M			
Paciente Indígena: () Não () Sim Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____			
Possui acompanhante: (X) Sim () Não Obs: _____			
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: Muleta			
SISTEMA NEURÓLOGO			
(X) Consciente (X) Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações: _____			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Fotorreagente () Mióticas () Midríatica (X) Afebril () Febril () Hipertérmico		() Alterações: _____	
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico (X) 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: Bulhas Cardíacas: _____ Pulso: _____		Alterações: _____	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
(X) Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT		() Anúria () Oligúria () Cistostomia	
() Irrigação contínua: () Outros: _____		Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial	
		Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Alterações: _____	
(X) Hidratada () Desidratada () Ressecada		Flatos: () Presente () Ausente	
() Normocorada () Ictérica () Anictérica () Edema Local: _____		Risco de Lesão Sinalizado: _____	
Lesão por pressão: () Sim () Não Região: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: (X) Sim () Não Local: MSU 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 Quedas	
() Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Broncoaspiração		() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Comunicação deficiente			
() Risco de constipação () Risco de integridade da pele prejudicada			
() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal			
() 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		() Manter grades laterais elevadas	
Não 0 Orientado/limitado/conhece as limitações		() Identificar o risco de queda na placa de identificação	
Sim 25 Superestima capacidade/Esquece limitação		() Auxiliar o paciente na higiene	
2. Diagnóstico Secundário		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24		() Manter cama com rodas travadas	
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44		() Necessidade de contenção ao leito	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		() Manter vigilância de ____ horas.	
Não 0 Risco Alto: Maior que 45		() Calçado seguro nos pés	
Sim 20 Sinalização do Risco:		() Material de uso pessoal ao alcance da mão	
4. Auxílio na Deambulação		()	
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0			
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: 			



602-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	BIANCA SOBRINHO				
AGNÓSTICO	Fx FEMUR (E)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	604-1	DATA	14/03/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				3x
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18:24 06/12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				5x 23:00
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				4x 9x
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				14:02 16
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				3x
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				18:24 06/12
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H (SUSPENSÃO)				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5x
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				M
15	TILATIL 20mg EV 12/12h				20 08
16					
17					
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 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, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUZA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	120x80		36,2
24 H	120x60	72	36,3

Don Silva Martins
Médico
CRM RR: 2038
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06M 100x70 66 36,3
20h não tem a medicação do 2tenos na farmácia da unidade. Tec. Paula

18:30h
Paciente calma, não está sentada sem queixas no período de plantão. @

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas -				
	HGR				
Paciente:	Bianca Sobrinho				
Leito:	611-1				
Data: 17/03/2020					

Localização		Região: <u>M.T.E</u> Grau: I () II (X)		Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo (X) ortopedia () Outro: _____		() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfaco () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____		() Necrose: Amarela/Negra () Esfaco () Granulação () Epitelização () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____	
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____		() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____		() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguíneo () Seco () Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado () Úmido () Seco		() Molhado () Úmido () Seco	
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%		() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%	
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____		() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h		() 12/12 () Diário () 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Elisete Carvalho Góes Garante de Nódulo Tratamentos e Feridas Enfermeira Auxiliar de Enfermagem CRP-RR 488.579-ENF			
Observações:	Francieleide C. Alencar Técnica em Enfermagem CRP-RR 488.579-ENF			

601-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Bianca Salomão				
AGNÓSTICO	M. F.				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA	18/03/21		
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				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
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				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SV 57
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	T. Vol. 20mg EV 12/12h				
16	K + Alva 100-500				
17					
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 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, 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			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

601-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	BURNIA SOEIMAT				
AGNÓSTICO	M. M. M. E.				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA	18/03/20		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
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				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SV5P
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	Leite Steril EV 12/12h				
16					
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Augusto Cavalcanti
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1934

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
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			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE	IN: 20	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Bianca Selvinho	601-01	00171529	16	103/2020

CIRURGIA

TIPO	TEMPO DE DURAÇÃO		
	INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
Atomintin Pseudocisto de fêmur + Enxerto (F)	08:34	10:30	

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO	ANESTESISTA:	Dr. Fabiano
Dr. Dalton	RES. ANESTESIA:	R3 Emanuel
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR	
Dr. Rogério		
AUXILIAR	CIRCULANTE	
R. Fernando	Adenilton / Tonia	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
100	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		100	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
200	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº 1	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20			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 10/15cm	
	SERINGA 01ML		150ml	SURGICEL PVP 1.0% 100ml	
	SERINGA 03ML		300ml	CERA-PI/OSSE Alcool 70%	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº Agulha 18 Rosini	
1	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Equipe macio 15	
1	SERINGA 20ML		1	HTA CARDIACA latido de 0.2	
			1	OUTROS: extrusores	

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



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Bianco Sobrinho
Responsável Cirurgião M. Roberto

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- () Identidade
() Sítio Cirúrgico
() Procedimento
Consentimento () Sim () Não

RISCO CIRÚRGICO

() Aplica () Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

() Sim () Não () Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

() OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

() Não () Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

() Não () Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

() Não () Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos

Assinatura Emerson Hora: 18:00

Data: / /

ANTES DA INCISÃO

Anestesista Dr. Fabrício
R3 Emerson

PAUSA 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
() 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 ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

() Não se aplica () Sim,

Qual: Leptiracina 2g Hora: 8:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

() Sim

() Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
() Sim () Não2- SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
() Sim () Não () Não se Aplicam3- COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
() Sim () Não () Não se AplicaSE 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 AplicaAssinatura Erika Weruska A. da Silva
Enfermeira
COREN 254.154/RR

Assinatura e Carimbo

Hurgia a gusce para

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	<i>Bianca Salomão</i>				
AGNÓSTICO	<i>12/08/20</i>				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LÊITO		DATA	<i>16/08/20</i>	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				<i>SN</i>
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				<i>SN</i>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				<i>SN</i>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				<i>12/18 24:06</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 4				<i>SN</i>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				<i>SN</i>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				<i>10/12 22:06</i>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				<i>SN</i>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				<i>12/12 24:06</i>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				<i>SN</i>
13	SSVV + CCGG 6/6H				<i>SN</i>
14	CURATIVO DIÁRIO				<i>SN</i>
15	<i>100mg EV 12/12h</i>				<i>SN</i>
16					<i>SN</i>
17					<i>SN</i>
18					<i>SN</i>
19					<i>SN</i>
20					<i>SN</i>
21					<i>SN</i>

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
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

11:08 - Roraima do e.c.c.

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	<i>105x70</i>	<i>105</i>		<i>35.8</i>
18 H	<i>120x80</i>	<i>-</i>		<i>36.0</i>
24 H	<i>120x70</i>			<i>35.9</i>

Dr. Johon Emerson de Souza Camilo
COREN-RR 509.885

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Sh = PA 110x80
Nelcy Queiroz Lopes
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 310108TE

Paciente se refere algia em mmIE. Foi Adm. dipn.
na de horário.

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Data: <u>16 / 03 / 2020</u>		Enfermaria: <u>601</u>	
Nome Completo: <u>Bianca Sobrinho</u>		Leito: <u>01</u>	
Hipótese Diagnóstica: <u>PO. Anestesia de Limar E + enxerto</u>			
Precaução: () Sim (X) Não () Padrão () Contato () Gotícula - aerossol () Gotícula - perdigotos			
Alergia: () Sim (X) Não Qual (is):		Sexo: () F () M	
Paciente Indígena: () Não () Sim		Necessidade de Intérprete? () Sim () Não Qual idioma:	
Possui acompanhante: (X) Sim () Não Obs:			
Deambulação: () Normal () Acamado () Cadeira de rodas () Comprometida: <u>Muletas</u>			
SISTEMA NEURÓLOGO			
(X) Consciente (X) Orientado () Desorientado () Agitado () Não Reage () Alterações:			
PUPILAS		REGULAÇÃO TÉRMICA	
() Fotorreagente () Mióticas () Midriática (X) Afebril () Febril () Hipertérmico		() Alterações:	
() Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes			
SISTEMA RESPIRATÓRIO			
() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico (X) Ar ambiente () Traqueostomia () Aspiração			
Oxigenoterapia () Sim () Não Qual:			
SISTEMA CARDIOVASCULAR		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico () Normotenso () Distendido () Globoso		() Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente	
Exame Físico: Bulhas Cardíacas: Pulso:		Alterações:	
SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
(X) Espontânea () SVD () Fralda () Uropen () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT		() Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial	
() Anúria () Oligúria () Cistostomia		Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia	
() Irrigação contínua: () Outros:		Alterações:	
CARACTERÍSTICAS DA PELE		Fatos: () Presente () Ausente	
(X) Hidratada () Desidratada () Ressecada () Edema Local:		() Local:	
() Normocorada () Ictérica () Anictérica			
Lesão por pressão: () Sim () Não Região:		Risco de Lesão Sinalizado:	
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS			
Cateter Periférico: (X) Sim () Não Local: <u>MSD</u> 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 Quedas	
() Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada () Risco de Broncoaspiração		() Eliminação urinária prejudicada	
() Risco de nutrição desequilibrada () Mobilidade física prejudicada () Comunicação deficiente			
() Risco de constipação () Risco de integridade da pele prejudicada			
() Risco de desequilíbrio do volume () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal			
() Volume de líquidos excessivo () Padrão de sono prejudicado			
() Volume de líquidos deficiente () Déficit no autocuidado para Higiene			
Escala de Morse			
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		() Auxiliar o paciente na higiene	
Não 0 Risco Baixo: 0 - 24		() Orientar o paciente a pedir ajuda para sair da cama	
Sim 15 Risco Médio: 25 - 44		() Manter cama com rodas travadas	
3. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		() Necessidade de contenção ao leito	
Não 0 Risco Alto: Maior que 45		() Manter vigilância de / horas.	
Sim 20 Sinalização do Risco:		() Calçado seguro nos pés	
4. Auxílio na Deambulação		() Material de uso pessoal ao alcance da mão	
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0		()	
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: <u>Bianca</u>			

608-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA						
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE	BIANCA SOBRINHO					
AGNÓSTICO	Fx FEMUR (E)					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	LEITO	604-1	DATA	17/03/2020		
ÍTEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SND
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO					manter
3	SF 0,9% 500ML EV S/N					SND
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H					18:24 06/12
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA					06/12
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA					SND 23:00
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4					SND
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h					14:22 (6)
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N					SND
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H					18:24 06/12
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H (SUSPENSÃO)					SND
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG					SND
13	SSVV + CCGG 6/6 H					
14	CURATIVO DIÁRIO					M
15	TILATIL 20mg EV 12/12h					20 08
16						
17						
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 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, NORMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	120x80		36.2
24 H	120x80	72	36.3

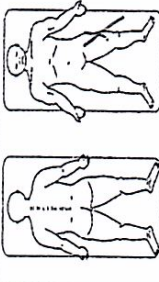
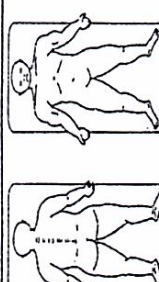
Don Silva Martins
Médico
CRM RR: 2038
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

20h não tem a medicação do item 08 na farmácia da unidade. Tcc. por...

18:40h -
Paciente calma, não está ansiosa sem reações no período plantar. @

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020
	Tratamento de Feridas -	Paciente: Bianca Sobrinho			
	HGR	Leito: 601-1	Data: 17/03/2020		

Localização	Região: 	Região: 	Região: _____
Etiologia	Região: M.T.E	Região: _____	Grau: I () II (X)
Aparência do Leito	() LPP I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo (X) ortopedia () Outro:	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia () Outro:	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros
Pele Perilesional	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	(X) Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro:
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso (X) Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro:
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado () Úmido () Seco	(X) Molhado () Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	(X) Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro:
Troca	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 (X) Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Francieleide C. Alencar Técnica em Enfermagem COREN-PR 533058 CNPJ 08.000.000/0001-91	Elisclara Caneppe Góes Gerente de Núcleo Tratamentos e Feridas Enfermeira COREN-PR 488.579-ENF	
Observações:			

601-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE <i>Bruno Salomão</i>					
AGNÓSTICO <i>Mr. Thomas F</i>					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	DATA	<i>18/03/20</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				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
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				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H <i>SV 58</i>				
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	<i>T. 10ml 12/12h</i>				
16	<i>SK + 200ml 12/12h</i>				
17					
18					
19					
20					
21					

Dr. Augusto Cavalcanti
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-R 1334

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
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			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



601-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	BURN D. SOARES				
AGNÓSTICO	M. J. J. J.				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	DATA	18/03/20		
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				
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
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				
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SVSP
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				
14	CURATIVO DIÁRIO				
15	Fórmula de insulina EV 12/12h				
16					
17					
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 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, 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			

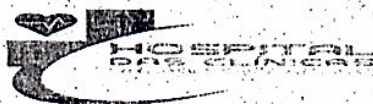
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

Dr. Augusto Cavalcante
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1954



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE
FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA	
Bianca Seltrinho		601-01	00171529	16 / 03 / 2022	
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Atomintus Pseudocisto de fêmur + Enxerto		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
		08:34	10:30		
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:		M. Fabiano		
1º AUXILIAR	RES. ANESTESIA:		R3 Emanuel		
2º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR				
3º AUXILIAR	CIRCULANTE				
4º AUXILIAR	Ademirton I Tômio				
TIPO DE ANESTESIA: Raqui		TEMPO DE DURAÇÃO:			
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
100	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		100	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
100	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
1	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº 1	
	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
1	LÂMINA BISTURI Nº 20			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 15cm	
	SERINGA 01ML		150ml	SURGICEL PVP 1.0% 100ml	
	SERINGA 03ML		300ml	CERA P/ OSSO 100g 70g	
	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº 1	
	SERINGA 10ML		1	GEOFOAM Equipe macio 15	
	SERINGA 20ML		1	NTA CARDIACA lotes de 02	
			1	OUTROS: extrudados	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)	ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		SUB- TOTAL	
	Enika Carlos	TAXA DE SALA			
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE ANESTESIA		SOMA	
		ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE			



Paciente: Bianca Solórzano	Sexo: Feminino	Nasc: 11/09/1999	Idade: 20 ANO
Solicitação: 700160863	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HC	Setor: BLOCO-3A	Leito: 316	
Data de Emissão: 03/02/2020 08:16	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 7001608603

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	5,32 x10 ³ /uL	4.0 - 10.0 x10 ³ /uL
NEUTRÓFILOS	53,30 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	35,70 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4,90 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	5,80 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0,30 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	4,09 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	9,70 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	29,90 %	40.0 - 50.0 %
VCM	73,20 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	23,70 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	32,40 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	13,10 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	40,60 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETÓGRAMA

PLAQUETAS	321,00 x10 ³ /uL	150.0 - 400.0 x10 ³ /uL
VPM	8,80 fL	6.5 - 12.0 fL
P	15,50	9.0 - 17.0
PCT	0,282 %	1.08 - 2.82 %

Observação: DISCRETA MICROCITOSE E DISCRETA HIPOCROMIA.

Dr. Auricélio Calheiros Pena
Farmacêutica/Bioquímica - Esp.
CRF-RR 038

Responsável Técnico: Rosemiliani Izabel Moscato - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

07/02/2020 09:23

(*) Retornado

Página 1 de 1



Paciente: Bianca Sobrinho	Sexo: Feminino	Nasc: 11/09/1999	Idade: 20 ANO
Solicitação: 70016086	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HC	Sector: BLOCO 3A	Leito: 316	
Data de Emissão: 03/02/2020 08:16	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 7001608602

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

Resultado

0,89 mg/dL

Referência

Sem Referência

Notas

A creatinina deve ser analisada preferencialmente sob jejum de 8 horas, porém os casos de hospitalizados recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

Resultado

116,92 mg/dL

Referência

60,0 - 99,0 mg/dL

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

Resultado

26,23 mg/dL

Referência

15,0 - 40,0 mg/dL


Dr. Auricello Calheiros Pena
Farmacêutica Bioquímica - Esp.
CRF-RR 088

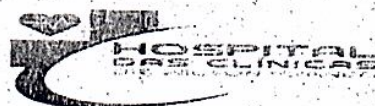
Responsável Técnico: Rosemiriam Izabel Moscato - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

07/02/2020 09:23

(*) Retificado

Página 1 de 1



Paciente: Bianca Sobrinho	Sexo: Feminino	Nasc: 11/09/1999	Idade: 20 ANO
Solicitação: 70016086	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HC	Sector: BLOCO 3A	Leito: 316	
Data de Emissão: 03/02/2020 08:16	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 7001608601

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

Resultado

Referência

TEMPO DE PROTROMBINA

13 seg

10.0 - 14.0 seg

RNI

1.05

0.8 - 1.2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

29 seg

25.0 - 39.0 seg

RATIO

0.0 - 1.25

ATIVIDADE DE PROTROMBINA

89 %

70.0 - 100.0 %

Notas:

O Núcleo do Laboratório recebe todas as amostras destinadas aos ensaios do coagulograma e por essa razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

Amostras coletadas sob circunstância estressantes ou não conformes podem produzir resultados não coerentes com a clínica do paciente.

Dr. Auricelle Calheiros Pena
Farmacêutica Bioquímica - Esp.
CRF-RR 088

Responsável Técnico: Rosemiriam Izabel Mosquito - Farmacêutica Bioquímica - CRF - RR 245/09

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

07/02/2020 09:23

(*) Retificado

Página 1 de 1



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"
Hospital de Clínicas Dr. Wilson Franco Rodrigues

316

O paciente BIANCA SOBRINHO
data de nas. 11/09/99 contato (95) 99136-4587, com o diagnóstico
RETORNO DE FIMBRIAS / PSICOMOTILIDADE, tendo indicação o
procedimento: REVISÃO DE OSTEOPATIA, no dia 16/03/20
às 7:00 h, devendo retornar para internação em 14/03/20 às 15:00 h.

O paciente deverá manter as recomendações médicas e fazer uso de medicação de acordo com a prescrição, e deverá ainda, no momento da internação, portar todos os exames pré-operatórios solicitados, bem como está em **JEJUM DE 08H ANTES DO PROCEDIMENTO**.

O paciente ou representante legal e compromete em comparecer no NIR HGR, conforme definido neste documento, assumindo inclusive a responsabilidade por eventuais complicações caso não compareça na data e horário programados para internação, podendo ocasionar atraso na realização do procedimento, sendo essa uma situação alheia à vontade da equipe assistencial e da instituição.

OBS: É de suma importância salientar, que em caso de piora do quadro doloroso e/ou surgimento de alguma outra queixa mesmo não relacionada ao problema cirúrgico, como: febre, formigamento/mudança de temperatura ou cianose (roxidão) o paciente deverá retornar IMEDIATAMENTE e em qualquer horário ao Pronto Atendimento Airton Rocha - PAAR, onde será atendido pelo médico plantonista com base em sua classificação de risco, e sendo necessário, irá referenciá-lo à equipe cirúrgica.


MÉDICO CIRÚRGICO

Assinatura e Carimbo

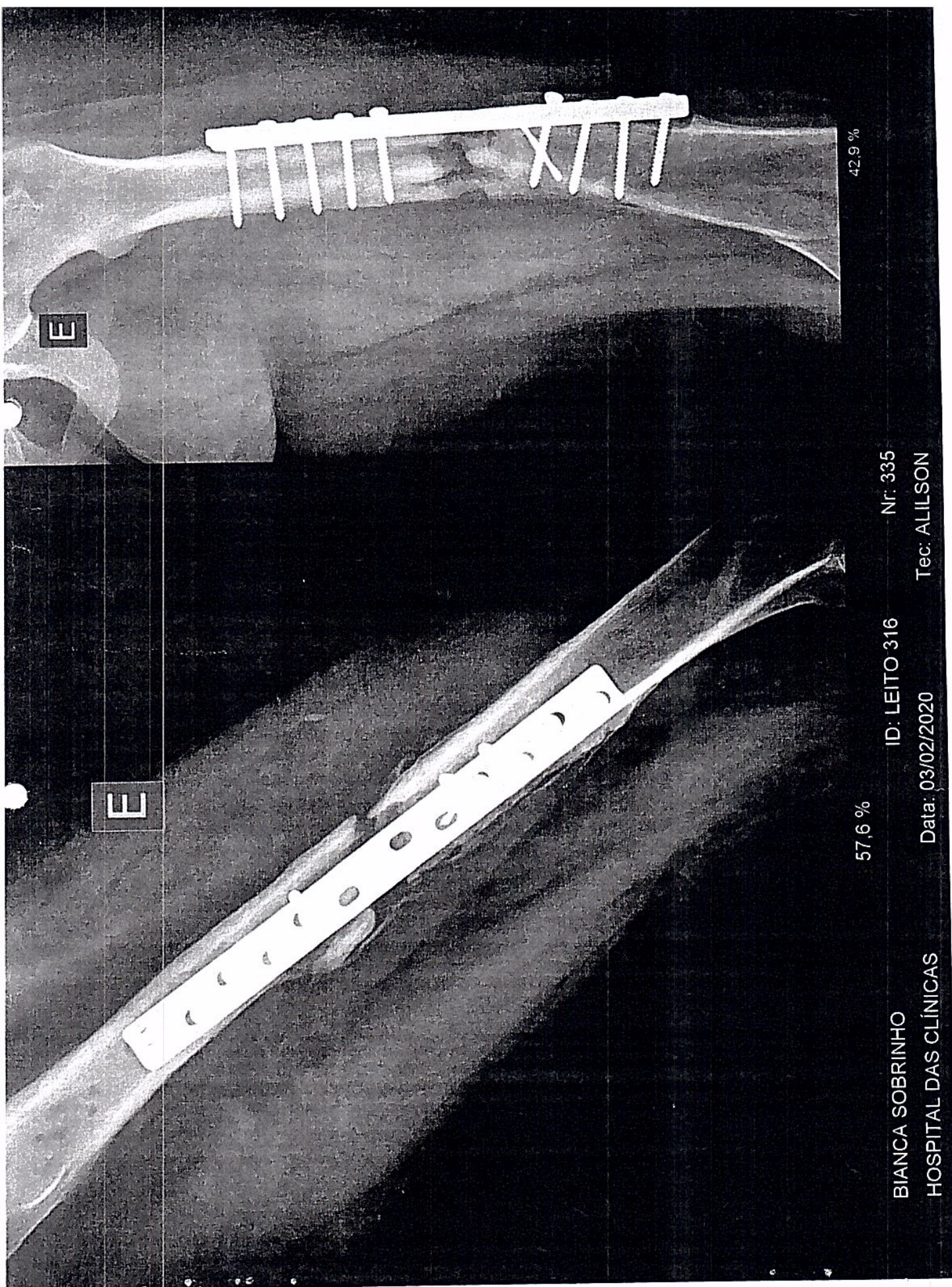
Bianca Sobrinho

PACIENTE OU
RESPONSÁVEL

Assinatura e CPF


MÉDICO REGULADOR
NIR

Assinatura e Carimbo



42,9 %

57,6 %

Nr: 335

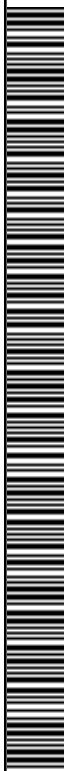
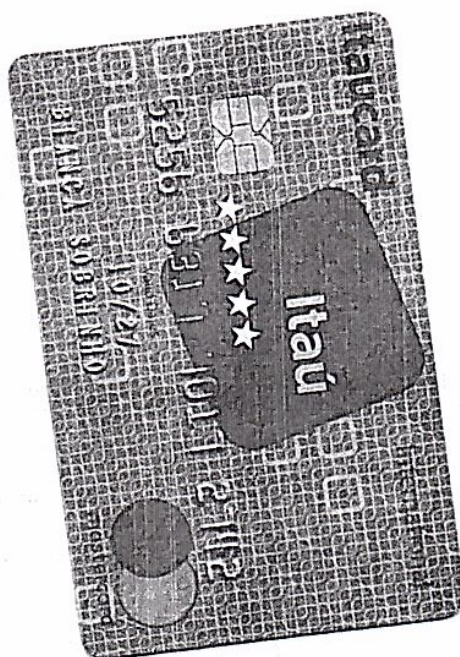
ID: LEITO 316

Tec: ALILSON

Data: 03/02/2020

BIANCA SOBRINHO

HOSPITAL DAS CLÍNICAS



MEDICO

BOA VISTA

18/03/20

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MEDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

ORIENTAÇÕES GERAIS :

PACIENTE João Siqueira ANOS, DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 13/03/20 COM DIAGNÓSTICO DE fratura de fêmur esquerda NO DIA 13/03/20 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE fratura de fêmur esquerda SENDO OPERADO PELO DR. Dr. João Siqueira E DR. Dr. João Siqueira RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18/03/20 AS 10h00 EM BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS. COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL CORONEL MOTA NO DIA 18/03/20 AS 10h00 COM O DR. Dr. João Siqueira

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

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



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



Daniel L. Salazar



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: Enfermagem
☐ Laranja: RR 001.058.491-12
☐ Amarelo
☐ Verde
☐ Azul Ass.

1901196806	11/12/2019 01:08:02	FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				NOTURNO 19-	4
Paciente BIANCA SOBRINHO		Data Nascimento 11/09/1999	Idade 20 A 3 M 0 D	CNS 703402678516100	CPF ⁰⁷ 03949341218	Prontuário 00171529	
Tipo Doc IDENTIDADE	Documento 4152190	Órgão Emissor RR	Data Emissão 23/08/2010	Sexo F	Estado Civil SOLTEIRO(A)	Raça/Cor BOA VISTA - RR	Nacionalidade BRASILEIRA
Mãe EVA SOBRINHO		Pai NC		Contato (95) 99153-6653		Ocupação	
Endereço RUA - VICENTE TAVARES DE MELO - 315 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR							
Class. de Risco	Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Carteira	Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO	Caráter do Atendimento URGÊNCIA	Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
Setor GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada SAMU CAPITAL	Procedimento Sol.		Registrado por: SOUSA			
Queixa Principal ☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem				GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		TOTAL 15	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : : h) <i>VIMUA DE COLISÃO MOTO X MOTO COM TRAIÇÃO EM CHOCADA ESSA. DIGO OMBRO DIREITO</i>							
Exame Físico <i>TRAUMA RÍVEIA DE UM IT</i>							
Hipótese Diagnóstica <i>PONTA MORTA</i>							
SADT - Exames Complementares ☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS							
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO	
<i>DIPLOMA 2g IV</i>							
<i>TUMOR 40mg IV</i>							
<i>OROPON</i>							
<i>FRACTURA CLAVICULA DIR.</i>				<i>PR ORT. FEMUR - T. TUBO</i>			
<i>LESÃO LIGAMENTAR LATERAL JOELHO ESQ.</i>				<i>+ RENOVA</i>			
Condução							
☐ Alta por Decisão Médica				☐ Ambulatório			
☐ Alta a Pedido				☐ Observação (Até 24h)			
☐ Alta a Revelia				☐ Internação			
☐ Transferência para: <i>ORTOPEDIA</i>				Data e Hora da Saída/Alta: / /			
Óbito							
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / /							

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: sousa
Data Hora: 11/12/2019 01:10:03

© 2018
SOTEC - Soluções em Tecnologia
C4 - Hospital de Roraima
Vers. 4.2.17 - 01/09/20



1901196806

Downloaded from <http://ajphaphysocpharm.sagepub.com/> at 11:06 11 November 2014



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.

Rafael L. Salazar

Enfermagem
Caranã - RR 001.058.491-12

1901196806	11/12/2019 01:08:02	FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA		NOTURNO 19-		4
Paciente	Data Nascimento		Idade	CNS	CPF	Prontuário		
BIANCA SOBRINHO	11/09/1999		20 A 3 M 0 D	703402678516100	03949341218	00171529		
Tipo Doc	Documento	Órgão Emissor	Data Emissão	Sexo	Estado Civil	Raça/Cor	Naturalidade	Nacionalidade
IDENTIDADE	4152190	RR	23/08/2010	F	SOLTEIRO	APARDA	BOA VISTA - RR	BRASILEIRA
Mãe	EVA SOBRINHO		Pai	Contato				
Endereço	RUA - VICENTE TAVARES DE MELO - 315 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR		NC	(95) 99153-6653		Ocupação		
Class. de Risco	Plano Convênio	N° da Carteira		Validade	Autorização	Sis Prenatal		
Motivo do Atendimento	Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.	Procedência	Temp.	Peso	Pressão	
ACIDENTE DE MOTO	URGÊNCIA							
Setor	Tipo de Chegada		Procedimento Sol.	Registrado por:				
GRANDE TRAUMA	SAMU CAPITAL			SOUSA				
Queixa Principal								
☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue								
Anamnese de Enfermagem				GSC		TOTAL		
				AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		15		
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)								
VIMOS DE COMISSÃO MOTO X MOTO COM TRAUMA EM CHOCADA ESSA. DIGO ORABNO DIRETO.								
Exame Físico								
Trauma Rêvia de UMI II								
Hipótese Diagnóstica								
PONTUANDO								
SADT - Exames Complementares								
☒ RAIO-X ☐ ULTRA-SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS								
PRESCRIÇÃO				APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		
DIPLOMA 2g IV								
TUMOR 4g IV								
OHIO PONT								
Friton claudic. dir.				pr our ferd. e Tuba				
Cela ligam. later. pedr. ex-				+ Revis				
Condução				Ambulatório		Observação (Até 24h)		
☐ Alta por Decisão Médica				☐ Internação		Data e Hora da Saída/Alta: / /		
☐ Alta a Pedido								
☐ Alta a Revelia								
☐ Transferência para: ONTOPEdia								
óbito								
Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica / /								
Assinatura do Paciente ou Responsável				Carimbo e Assinatura do Médico				
Impresso por: sousa				1901196806				
Data Hora: 11/12/2019 01:10:03								

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde	
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR	
2 - CNES 231965-9	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR	
4 - CNES 231965-9	
Identificação do Paciente	
5 - NOME DO PACIENTE BIANCA SOBRINHO	
6 - Nº DO PRONTUÁRIO 00171529	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 703402678516100	
8 - DATA DE NASCIMENTO 11/09/1999	
9 - SEXO 3 - Feminino	
10 - RAÇA / COR 10.1 - ETNIA PARDA	
11 - NOME DA MÃE EVA SOBRINHO	
12 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99136-4387	
13 - NOME DO RESPONSÁVEL BIANCA SOBRINHO	
14 - TELEFONE DE CONTATO (95) 99136-4387	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) RUA: VICENTE TAVARES DE MELO - 315 - DOUTOR SILVIO LEITE	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA BOA VISTA	
17 - COD. IBGE MUNICÍPIO-18 - UF 140010 RR	
19 - CEP 69.314-332	
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO	
20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS	
21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO	
22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)	
23 - DIAGNÓSTICO INICIAL	
24 - CID 10 PRINCIPAL	
25 - CID 10 SECUNDÁRIO	
26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS	
PROCEDIMENTO SOLICITADO	
27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO	
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO	
29 - CLÍNICA	
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO	
31 - DOCUMENTO	
32 - Nº. DO DOCUMENTO (CNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE	
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO	
35 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)	
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)	
36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO	
37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO	
38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO	
39 - CNPJ DA SEGURADORA	
40 - Nº. DO BILHETE	
41 - SÉRIE	
42 - CNPJ DA EMPRESA	
43 - CNAE DA EMPRESA	
44 - CBOR	
45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA	
46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
47 - COD. ORGÃO EMISSOR	
48 - DOCUMENTO	
49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR	
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO	
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)	
52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	

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

608-1

RELATÓRIO CIRÚRGICO

Dr. Dolsom Feitosa
CRM: 1433

Dr. Dolsom Feitosa
CRM: 1433

1) 20/08/2020 - 14h30
2) 20/08/2020 - 14h30
3) 20/08/2020 - 14h30
4) 20/08/2020 - 14h30
5) 20/08/2020 - 14h30
6) 20/08/2020 - 14h30
7) 20/08/2020 - 14h30
8) 20/08/2020 - 14h30
9) 20/08/2020 - 14h30
10) 20/08/2020 - 14h30

1) 20/08/2020 - 14h30
2) 20/08/2020 - 14h30
3) 20/08/2020 - 14h30
4) 20/08/2020 - 14h30
5) 20/08/2020 - 14h30
6) 20/08/2020 - 14h30
7) 20/08/2020 - 14h30
8) 20/08/2020 - 14h30
9) 20/08/2020 - 14h30
10) 20/08/2020 - 14h30

INÍCIO:	FIM:	DURAÇÃO:
ANESTESIAS:	ANESTÉSICO:	
3º AUXILIAR:	ANESTESIA:	
2º AUXILIAR:	INSTRUMENTADORA:	
CIRURGIÃO:	1º AUXILIAR:	

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:	INDICAÇÃO TERAPEÚTICA:	TIPO DE INTERVENÇÃO:	MLICAÇÕES E ACIDENTES:	DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:
-----------------------------	------------------------	----------------------	------------------------	-------------------------

BOLETIM OPERATÓRIO	Data: 20/08/2020	OS
--------------------	------------------	----

BOLETIM OPERATÓRIO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

Valerya Benicopy
Doutora
Cronista

FICHA DE ANESTESIA

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 • Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: son.mehor@gmail.com

OPME/CME

VIA-PRONTUARIO DO PACIENTE

INSTRUMENTADOR:

MEDICO CIRURGAO:

19. AUXILIAR:

ITEM

Empresa ()

INSTRUMENTADOR:

MEDICO CIRURGAO:

19 AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

MEDICO CIRURGAO:

19 AUXILIAR:

[illegible]

Marca:

Nome da Empresa: SIRIUS () /SINTESE () /QUANTUM ()
ATHENA () /MACON ()

Empresa ()

INSTRUMENTADOR:

MEDICO CIRURGAO:

19 AUXILIAR:

ITEM

Dados dos materiais/Serviço

CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:

Enfermaria:

8/000:

Nome do Paciente:

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

Especialidade:

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

ESTADO DE RORAIMA



[illegible]



ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE

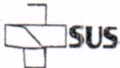
() Não se aplica

Assinatura e Carimbo

BLOCO F

Anexo I

Alta 18.03.2020

 Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR			
Identificação do Estabelecimento de Saúde				Identificação do Paciente			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE: _____				2 - CNES: _____			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: _____				4 - CNES: _____			
5 - NOME DO PACIENTE: <u>YURI SOBRINHO</u>				6 - Nº DO PRONTUÁRIO: <u>171529</u>			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): <u>703402678520100</u>				8 - DATA DE NASCIMENTO: <u>11/09/1999</u>			
9 - SEXO: <u>Masc.</u> ☒ <u>Fem.</u> ☐				10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: <u>Eva Sobrinho</u>			
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): <u>Rua Vicente Tavares de Melo 315 DR. Silva Leite</u>				12 - TELEFONE DE CONTATO: <u>95991364387</u>			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: <u>BO</u>				14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: <u>RR</u>			
15 - UF: <u>RR</u>				16 - CEP: _____			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: <u>osteomielite de fêmur E + encefalo</u>							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: <u>Doença</u>							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): <u>RX + tomografia</u>							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: <u>fratura de fêmur E</u>							
21 - CID 10 PRINCIPAL: _____ 22 - CID 10 SECUNDÁRIO: _____ 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: _____							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: <u>osteotomia de fêmur E</u>							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: _____							
26 - CLÍNICA: _____ 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: _____ 28 - DOCUMENTO: _____ 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: _____							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: <u>Yuri Sobrinho</u>							
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: <u>16/03/2020</u>							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>Medicina Ortopedia e Traumatologia</u>							
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: _____ 37 - Nº DO BILHETE: _____ 38 - SÉRIE: _____							
39 - CNPJ EMPRESA: _____ 40 - CNAE DA EMPRESA: _____ 41 - CBOR: _____							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO							
AUTORIZAÇÃO							
43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR: _____ 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: <u>0408050519</u>							
46 - DOCUMENTO: _____ 47 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: _____ 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): <u>5723</u>							
49 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: <u>16/3/20</u>							

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 Amarelo Verde Azul Ass.		1ª Classificação Reclassificação Vermelho Amarelo Verde Azul Ass.		1ª Classificação Reclassificação Vermelho Amarelo Verde Azul Ass.	
1901196806		11/12/2019 01:08:02		FICHA DE ATENDIMENTO		TRAUMATOLOGIA	
NOTURNO 19-4		CNPJ 07		CPF 07		Prontuário	
Paciente		Data Nascimento		Idade		CNS	
BIANCA SOBRINHO		11/09/1999		20 A 3 M 0 D		703402678516100	
Tipo Doc		Órgão Emissor		Data Emissão		Sexo	
BIANCA SOBRINHO		ROR		23/08/2010		F	
Mae		Pai		NC		(95) 99153-6653	
EVA SOBRINHO		Contato		BOA VISTA - RR		BRASILEIRA	
Endereço		RUA - VICENTE TAVARES DE MELO - 315 - DOUTOR SILVIO LEITE - BOA VISTA - RR		Validade		Autorização	
Class. de Risco		Plano Convênio		Nº da Carteira		Sis Prenatal	
Motivo do Atendimento		Caráter do Atendimento		Profissional do Atend.		Procedência	
ACIDENTE DE MOTO		URGÊNCIA		Procedimento Sol.		Registrado por:	
Setor		Tipo de Chegada		Procedimento Sol.		Sousa	
GRANDE TRAUMA		SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Sousa	
Queixa Principal		() Síndrome Febril () Sintomático Respiratório () Suspeita de Dengue		TOTAL		15	
Anamnese de Enfermagem		GSC		AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456		TOTAL	
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - : h)		Vizual de coisas muito ruins		Exame Físico		Trauma Rápido de WU II	
Hipótese Diagnóstica		Pouco comum		SADT - Exames Complementares		RAIO-X () ULTRA-SON () TC () SANGUE () URINA () ECG () OUTROS	
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO		Difícil ag. IV	
Condução		Alta por Decisão Médica () Alta a Pedido () Alta a Revelia () Transferência para: ()		Data e Hora da Saída/Alta: / /		Internação () Observação (Até 24h) () Ambulatório Geral ()	
Assinatura do Paciente ou Responsável		Assinatura do Médico		Carimbo e Assinatura do Médico		Assinatura do Médico	
Antes do 1º Atendimento? () Sim () Não		Destino: () Família () IML Anatomia Patológica		Assinatura do Médico		Assinatura do Médico	
6bito		Assinatura do Médico		Assinatura do Médico		Assinatura do Médico	

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

F 601-1



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
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

2 - CNES
231965-9

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR

4 - CNES
231965-9

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE
BIANCA SOBRINHO

6 - N.º DO PRONTUÁRIO
00171529

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)
703402678516100

8 - DATA DE NASCIMENTO
11/09/1999

9 - SEXO
3 - Feminino

10 - RAÇA / COR
PARDA

10.1 - ETNIA

11 - NOME DA MÃE
EVA SOBRINHO

13 - NOME DO RESPONSÁVEL
BIANCA SOBRINHO

12 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 99136-4387

15 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)

RUA: VICENTE TAVARES DE MELO - 315 - DOUTOR SILVIO LEITE

14 - TELEFONE DE CONTATO
(95) 99136-4387

16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

BOA VISTA

17 - COD. IBGE MUNICÍPIO
140010

18 - UF
RR

19 - CEP
69.314-332

20 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

21 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

22 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

23 - DIAGNÓSTICO INICIAL

24 - CID 10 PRINCIPAL

25 - CID 10 SECUNDÁRIO

26 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS

27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

29 - CLÍNICA

CIRURGIA GERAL

30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

ELETIVO

31 - DOCUMENTO

C. N. S.

32 - N.º DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE
980016282732587

33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE

DALSON DENIS DA SILVA FEITOSA

34 - DATA DA SOLICITAÇÃO

15/03/2020

35 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

36 - ☐ ACIDENTE DE TRÂNSITO

37 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TÍPICO

38 - ☐ ACIDENTE TRABALHO TRAJETO

39 - CNPJ DA SEGURADORA

40 - N.º DO BILHETE

41 - SÉRIE

42 - CNPJ DA EMPRESA

43 - CNAE DA EMPRESA

44 - CBOR

45 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

☐ EMPREGADO

☐ EMPREGADOR

☐ AUTÔNOMO

☐ DESEMPREGADO

☐ APOSENTADO

☐ NÃO SEGURADO

46 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

AUTORIZAÇÃO

47 - COD. ORGÃO EMISSOR

52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

48 - DOCUMENTO

☐ CNS ☐ CPF

49 - N.º DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR

50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

51 - ASSINATURA E CARIMBO (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)



BOLETIM OPERATÓRIO

Branco
Sobrinho

BOLETIM OPERÁRIO

Data:

15/08/20

O.S.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MLDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Juncão em DTH sob cuidados
- 2) Anestesia e Antimicrobiano
- 3) Colocação de corpo estéril
- 4) Incisão em região lateral de joelho E da zona de joelho com ressecção bursal com yloco DTP longo de 10cm com 10 pontos + anodo e fio Dac
- 5) LRM com SFO 9/1
- 6) Sutura com Viofil + Nylon
- 7) Curativos
- 8) Ao RPR

Dr. Dalson Feitosa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SP 1172

Dr. Dalson Feitosa
Ortopedia - Traumatologia
CRM-SP 1172

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Valéria Bencoyan
Ocurm
CRO 000000000
eletica

PRESCRIÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

FN 100mg (3v)
MDZ 5mg (8:30) Sotofotonia.

Nº Boa Vista - RR
16/03/20

AGENTE N.º 20

02

DEME

LÍQUIDO

VENOCLIN

DA

°C 240

FC/Pont/Sotofotonia

300% / 300% / 300%

120

100

80

60

40

20

Expon

Assist

Contro

SOLOS

AGENTE	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A	Boa Vista 10g	Procedimento anestésico	X monitorização
B		lombos sob ventilação espontânea.	① Checo OK
C			② Venoclín MSD 738 OK
D			③ Antissepsia região lombos com álcool 70% + infiltração de Plavix + punção lombos n.º 13 18 26 6 de Quincke líquido claro normotenso injeção de 18 ml.
E			Blagueio rotifotonia.
F			Lariango - Espasmo - Excesso Secre
G			Depressão Respiratória - Hipoxia
			"Bucking" - Vômito
			Hemorragia - Arritmia
			Bradi Taquicardia - Choque
TOTAL		TEMPO DE ANESTESIA	
OPER			
ANEST	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜINEA
Dr. Edson		D. D. Souza / M. R. R. R.	
Res. Emanuel			

Alberto F. M. Herrera
Médico Anestesiologista
CRM 302/RR

- ④ ceftriaxona 2g iv
- ⑤ Ketorolac 10mg iv
- ⑥ Atropina 1mg iv
- ⑦ Pct diáspito ou RPD.



ESTADO DE RORAIMA
"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade:		Procedimento Realizado:	
Nome do Paciente:		IDADE:	SEXO: F () M ()	Nº do Prontuário	Data
Bloco:	Enfermaria:	Leito:	Nº da Sala	Circulante de Sala:	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO:					

Dados dos materiais/Serviço

Hospital Geral de Roraima (x)

Dados Adicionais:

Marca:

DESCRIÇÃO DO ITEM

QUANT

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

Empresa ()

Nome da Empresa: SIRIUS () / SINTESE () / QUANTUM ()
ATHENA () / MACON ()

Marca:

ITEM

DESCRIÇÃO DO ITEM

QUANT

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

OPME/CME

Hospital Geral de Roraima
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto
CEP 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil
Fone: (0xx95) 2121 0637
E-mail: son.me.hor@gmail.com

SAEP - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPANome: Barca Sobrinho Data de Nascimento: 11/09/94 Idade: 20 Setor/Leito: 60101 Data: 16/03/20

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não Termo de Consentimento Anestesia: () Sim () Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO				INTRA-OPERATÓRIO				SRPA			
Cirurgia Proposta: <u>Barba</u> de <u>Barba</u> () Sim () Não Jejum () Sim () Não Prótese () Sim () Não Exames () Sim () Não Reserva UTI () Sim () Não Lateralidade () Sim () Não PNE () Sim () Não Alergia () Sim () Não Qual: <u>Barba</u> Reserva de Hemoderivado: <u>Barba</u> Outros: <u>Barba</u>				Entrada na Sala: <u>7:30</u> Início da Anestesia: <u>08:10</u> Início da Cirurgia: <u>08:34</u> Término da Cirurgia: <u>10:30</u> Término da Anestesia: <u>10:45</u>				Anestesia: <u>Roxin</u> Posicionamento: <u>D. 12</u> Hemoderivados: <u>CH:</u> Plasma: <u>Plasma:</u> Plaquetas: <u>Plaquetas:</u>			
N° de Compressas oferecidas: <u>Barba</u> N° de Compressas recolhidas: <u>Barba</u> Exames na SO: <u>Barba</u> () Ht () Hb () Hemograma () RX () Gasometria () Outros: <u>Barba</u>				Anestômico Patológico: <u>Barba</u> () Não () Sim N° Peças: <u>Barba</u> () Cultura () Outros: <u>Barba</u>				Localização: <u>Barba</u> 1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros: <u>Barba</u>			
Sinais Vitais: <u>Barba</u> T: <u>Barba</u> °C R: <u>Barba</u> rpm FC: <u>Barba</u> bpm PA: <u>Barba</u> mmHg SAT: <u>Barba</u> % () Regular () Irregular				Legenda: 1. Eletrodos <u>Barba</u> 2. Oxímetro <u>Barba</u> 3. Manguito PA <u>Barba</u> 4. Placa de Bisturi <u>Barba</u> 5. Incisão <u>Barba</u> 6. Cateter O2 <u>Barba</u> 7. Venoclise <u>Barba</u> 8. Dreno <u>Barba</u> 9. SNG/SNE <u>Barba</u> 10. Garrote <u>Barba</u> 11. TOT () Não () Sim N° <u>Barba</u> 12. SVD () Não () Sim N° <u>Barba</u> 13. Outros: <u>Barba</u>				Sinais Vitais: Saída da SO T: <u>Barba</u> °C R: <u>Barba</u> rpm FC: <u>Barba</u> bpm PA: <u>Barba</u> mmHg SAT: <u>Barba</u> % () Regular () Irregular			
Anotações (Admissão do Paciente): <u>Barba</u>				Anotações de Enfermagem (Evolução/Alta do Paciente): <u>Barba</u>				Sinais Vitais: Saída da SO T: <u>Barba</u> °C R: <u>Barba</u> rpm FC: <u>Barba</u> bpm PA: <u>Barba</u> mmHg SAT: <u>Barba</u> % () Regular () Irregular			
Destino: () SRPA () UTI () outros: <u>Barba</u>				Destino: () SRPA () UTI () outros: <u>Barba</u>				Destino: () SRPA () UTI () outros: <u>Barba</u>			