

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: RESIANE PEREIRA DE SA
ESTADO CIVIL: CASADA
RG nº: 310979-8 SESARR
CPF/MF nº: 000.515.572-84
TELEFONE: 99157-9096 **E-MAIL:** RESIANE.PEREIRA.RR@GMAIL.COM
ENDEREÇO: RUA BELO HORIZONTE, Nº 740, BAIRRO NOVA CIDADE,
BOA VISTA/RR, CEP 69.316-214.

OUTORGADOS: Dr. THIAGO AMORIM DOS SANTOS, brasileiro, casado, advogado, inscrito na OAB/PR sob nº 62590 e OAB/RR 515 - A, proprietário do escritório THIAGO AMORIM ADVOCACIA estabelecido na Rua Rosa de Oliveira de Araujo (antiga N-10), nº. 2187, bairro Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP - 69.317-103, fone: (95) 3625-0238 e 99169-0810.

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, 22/ JUNHO de 2020.

X Resiane Pereira de Sa

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

OUTORGANTE: RESIANE PEREIRA DE SA
ESTADO CIVIL: CASADA PROFISSÃO AUTÔNOMA
RG nº. 310978-8 SESP/RR
CPF/MF nº. 000.551.572-84
ENDEREÇO: RUA BELA HORIZONTE, Nº 740, BARRIO NOVA CIDADIA, BOA
VISTA/RR, CEP 69.356-254

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, 22/ JUNHO de 2020

+ Resiane Pereira de Sa

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODÍLIO CRUZ	
 Polegar Direito	
<i>Risiane Pereira de Sá</i> ASSINATURA DO TITULAR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE	

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
REGISTRO GERAL	310979-8
DATA DE EXPEDIÇÃO	31/01/2019
NOME	RISIANE PEREIRA DE SÁ
FILIAÇÃO	JOSÉ CARNEIRO DE SÁ RAIMUNDA DA SILVA PEREIRA
NATURALIDADE	BOA VISTA - RR
DOC. ORIGEM	CERTD NASC 52050 FLS 195 LIV A-0070
BOA VISTA-RR	
CPF	000.511.572-84
2ª VIA	
AMADEU ROCHA TRIANI Perito Policial-Capitão de Polícia Civil Diretor do IIC	
LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	





RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de Impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Para contato com
a Roraima Energia,
informe este NÚMERO

SEU CÓDIGO
0080084-8

Nº da Nota Fiscal 4167498

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2019	11/01/2020	365	311,93

FRANCISCA NEYRE DE VASCONCELOS LIMA
R. BELO HORIZONTE 740 - NOVA CIDADE
CEP: 69.316-214 - BOA VISTA
CPF: 00023122811200

DADOS DA LEITURA (KWH)	DATAS DA LEITURA	DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA
Atual: 14341	Atual: 06-12-2019	Grupo/Subgrupo: 1.1.1.2
Anterior: 13976	Anterior: 06-11-2019	Classe/Subclasse: RESIDENCIAL
Dias de consumo: 30	Próxima leitura: 01-01-2020	Ligação: BIFÁSICA
Constante de Multiplicação: 1.000	Emissão: 05-12-2019	Número Medidor: 16TDB01191
Consumo medido: 365	Apresentação: 06-12-2019	Forma de Faturamento: NORMAL
Consumo Faturado: 365		Modalidade: L 1521201

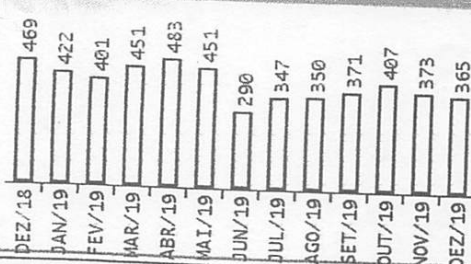
CONSUMO	DESCRIÇÃO DA CONTA	VALOR
365 A R\$ 0,760131 =		277,44
MULTA POR ATRASO DE 10/19-00		0,82
MULTA POR ATRASO DE 10/19-00		6,24
JUROS DE MOROSIDADE DE 10/19-00		0,10
ILUMINACAO PUBLICA		27,33

OUTRAS INFORMAÇÕES

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 365 - 0,617779

Média 12 meses: 371

HISTÓRICO DE MEDIÇÃO



MENSAGENS IMPORTANTES

REAVISO DE VENCIMENTO

PRODUTOR RURAL, ATUALIZE SEU CADASTRO ATÉ 13.12.19 P/ NÃO PERDER A TARIFA RURAL DESC. ATÉ 30%. TARIFA DE ENERGIA: REAJUSTE MÉDIO 2,12% NEGATIVOS - RESOLUÇÃO ANEL N.º 634 DE 29.10.2019. LIGUE 0800-080000 E FAÇA SEU VENCIMENTO 11.11.19 ÀS 21h. Parabéns! Até o dia 05/12/2019, não constatamos faturas vencidas nessa Unidade Consumidora.

RESERVADO AO FISCO D443.F8CE.848A.6470.4227.84F2.0F06.F03Z

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/CONTRIBUIÇÕES - R\$	
Energia:	150,67	Base de Cálculo:	277,44
Distribuição:	10,00	ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	PIS:	0,30%
		Cofins:	1,42%
Encargos:	0,54		
Tributos:	51,95		

INDICADORES DE CONTINUIDADE			
DIC			DICRI
Mensal	Trimestral	Anual	Mensal
Limite	8,85	17,70	35,40
Realizado	0,36	1,00	0,36

Conjunta DISTRITO Período de apuração: 10/2019 EUSD: 133,53

ROT: 15.001.23.02.438000



RORAIMA ENERGIA S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO

0080084-8

TOTAL A PAGAR - R\$

311,93

MÊS FATURADO

12/2019

VENCIMENTO

11/01/2020

Nº da Nota Fiscal: 4167498

FCAM*

83660000003 5 11930075000 5 000000000080 2 08481219008 4



SEQ.: 0006 UC: 0080084-8 DT.LEIT.: 06/12/2019 T ENTD.: 04

AB^A JR

no - CTPS, instituída pelo
s, por intermédio do Decreto
posteriormente reformulada
- 01.05.1945 que aprovou a CLT.
agatário para o exercício de qualquer
de 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 habilita-
ção 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.

CONFECCIONADA 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

PREPARADO 201.73595.05-1

1044261 003-0 RR

Risiane Pereira de sa



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

RISIANE PEREIRA DE SA

FILIAÇÃO.....: JOSE CARNEIRO DE SA
RAIMUNDA DA SILVA PEREIRA

NASCIMENTO.....: 16/05/1988 SEXO: FEMININO

ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO.....: C. I. 3109798 28/11/2003 SESP RR

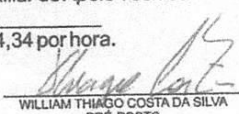
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 000.511.572-84 CNH:

TIT. ELEITOR: 003597732631 SEÇÃO: 56 ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 17/11/2008

ASSINATURA DO EMISSOR

CONTRATO DE TRABALHO	CONTRATO DE TRABALHO
NELSONEZ SOUZA DA COSTA-ME CNPJ 14726800/0001-07 - Tv São Roque, 15, Alvorada I - Manaus- AM Função: Auxiliar de Apoio Técnico Admissão: Salário: R\$ 4,34 por hora.  WILLIAM THIAGO COSTA DA SILVA PRÉ-POSTO CBO Nº	EMPREGADOR CCC/CPF/CE ENDEREÇO MUNICÍPIO UF ESP. DO ESTABELECIMENTO CARGO CBO Nº
DATA DE ADMISSÃO DE DE REGISTRO Nº FLS. / FICHA REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA ASS. DO EMPREGADOR OU A RECLAM. E TESTEMUNHA 1ª 2ª	DATA DE ADMISSÃO DE DE REGISTRO Nº FLS. / FICHA REMUNERAÇÃO ESPECIFICADA ASS. DO EMPREGADOR OU A RECLAM. E TESTEMUNHA 1ª 2ª
DATA DE SAÍDA DE DE ASS. DO EMPREGADOR OU A RECLAM. E TESTEMUNHA 1ª 2ª	DATA DE SAÍDA DE DE ASS. DO EMPREGADOR OU A RECLAM. E TESTEMUNHA 1ª 2ª
COM. DISPENSA CD Nº FGTS Nº DA CONTA:	COM. DISPENSA CD Nº FGTS Nº DA CONTA:
08	09



...: Guia de Atendimento 17 ...

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

Quent

For the $\frac{1}{2}$ of the

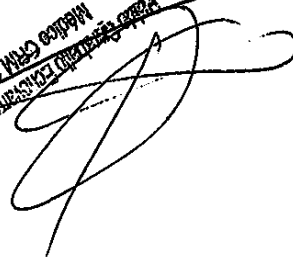
el fenn

from the new country

Defaul 10 cert

Dear Joe

RECEIVED
MEDICAL CENTER
JAN 10 1968



GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

Resumo de Alta

NOME: ROSEANE PEREIRA DE SÁ
DATA INTERNAÇÃO: 21/02/2020
DATA DE ALTA: 26/02/2020
DIAG: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO

Paciente deu entrada no HGR no dia 21/02/2020, com fratura de fêmur esquerdo.

No dia 24/02/2020 foi submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese de fêmur esquerdo, pelo Dr Marcus brunner e Dr Fernando

Recebe alta em BEG, LOTE, eupneica em AA, sem queixas. Encaminhada para fazer Curativo diário em Posto de saúde, com retorno marcado com ortopedista no hospital Coronel Mota no dia / / , com Dr. Marcus Brunner.

Boa Vista, 26 de Fevereiro de 2020.

Dr. Pedro Di Giovanni
Especialista: Traumatologista
R 1515 / R.O. 364

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR Tel: (95)2121-0615





BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 03,01,20

O.S. _____

Risiane Pereira De Sz

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

fratura diafragma de femur (C)
fratura transesquelética
longiss
O mesmo

IRURGIÃO:

R. Pinaut

1º AUXILIAR:

R. Pablo R3

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

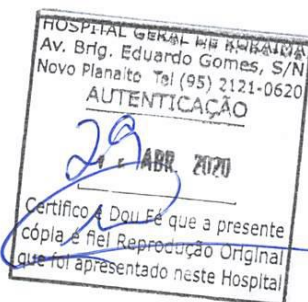
INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.D.H
- 2) Expon e Integreza
- 3) Anestesia local
- 4) Abertura de fratura transesquelética
- 5) Lavagem



Vitor Paracat Santiago
Ortopedia/Traumatologia
RQE: 610
CRM-RS 1635

Dr. Odinachi Okeni
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 185108



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERÁRIO

Data: 03/01/20

O.S. _____

Risiane Pereira De Souza

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

QUIRURGIÃO:

2º AUXILIAR:

3º AUXILIAR:

ANESTESISTAS:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

1º aUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Ponte em D.D.H
- 2) Tensão e Intenção
- 3) Anestesia local
- 4) Lavagem de braços e enxugamento
- 5) Incisão

HOSPITAL GERAL DE KORAIMA
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620

AUTENTICAÇÃO

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

Vitor Paracatu Santiago
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RS 1635
RQE: 610

Dr. Odinachi Okemii
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1251105

data: 26/02/20

PARA

	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 BLOCO A		2 - CNES _____
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE _____		4 - CNES _____
Identificação do Paciente		
5 - NOME DO PACIENTE DOMINGOS PEREIRA DE SOUZA		6 - Nº DO PRONTUÁRIO 176871
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 708002828532720		8 - DATA DE NASCIMENTO 16/5/88
9 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Raimunda da Silva Pereira		10 - SEXO Masc. ☐ Fem. ☒
11 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Bela Horizonte - 740 - Nova Cidade		12 - TELEFONE DE CONTATO 15991579690
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Boa Vista		14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO 14000
15 - UF R		16 - CEP 269316314
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO		
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS paciente submetido a Osteotomia de fêmur esquerdo		
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO As Acervo		
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) RX + exame físico		
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL fratura de fêmur esquerdo		
21 - CID-10 PRINCIPAL _____		
22 - CID-10 SECUNDÁRIO _____		
23 - CID-10 CAUSAS ASSOCIADAS _____		
PROCEDIMENTO SOLICITADO		
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO Osteotomia de fêmur F		25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO _____
26 - CLÍNICA _____	27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO _____	28 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE _____		30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE Dr. Thiago Amorim dos Santos
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 26/02/20		32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____
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 - CNPJ EMPRESA _____		39 - CNIE DA EMPRESA _____
40 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () APOSENTADO () NÃO SEGURADO		41 - CBOR _____
AUTORIZAÇÃO		
42 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____		43 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR _____
44 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____		45 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR _____
46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 21/2/20		47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) _____



09/01/2020

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: H-G-R

2 - CNES: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

4 - CNES: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Lusiane Perenz De Sa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 176871

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 208002828532720

8 - DATA DE NASCIMENTO: 16/05/88

9 - SEXO: Masc. ☒ Fem. ☐

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Raimunda da Silva Pereira

11 - TELEFONE DE CONTATO: 95 99 15 79 698

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. Belo Horizonte 740 Nova Cidade

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BU

14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO: 242

15 - UF: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

16 - CEP: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Fratura de 31 mm de idade em fêmur (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Intussusceção

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): Hb 10,5 - Ene 10,5 - Reticulócitos 10,5

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: fratura fechada de fêmur (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

22 - CID 10 SECUNDÁRIO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: fratura transesquelética

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

26 - CLÍNICA: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

28 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Peracul

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 03/01/20

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Odineia de Jesus Med. Residência em Ortopedia e Traumatologia CRM 185142

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 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR: [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 04/01/20

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): [] [] [] [] [] [] [] [] [] []

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0308010019 5723 7068 V299



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

34 anos

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO		DATA
Riviane Pereira de Sa					03/10/2020
CIRURGIA					
TIPO		TEMPO DE DURAÇÃO			
Tração transesquelética		INICIO	FIM	TEMPO TOTAL	
na fratura de fêmur E.		21:20	21:45		
+ sutura em Joelho		EQUIPE MÉDICA			
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		10: -	
Dr. Pálida		RES. ANESTESIA:			
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
AUXILIAR		CIRCULANTE		Fabrício, Cláudio	
TIPO DE ANESTESIA:		TEMPO DE DURAÇÃO:			
Local					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	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	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL citadura Crepam 15cm	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML		1 fr	GEOFOAM-xi localizador 2%	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
1	agulha 25x8			OUTROS:	
1	agulha 25x7			170ml álcool	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Solange	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE					



21/02/2020

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

SUS Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde					
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR				231965-9	
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES	
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR				231965-9	
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº. DO PRONTUÁRIO	
RISIANE PEREIRA DE SA				00176871	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO	
708002828532720				16/05/1988	
9 - SEXO				10 - RAÇA / COR	
3 - Feminino				PARDA	
11 - NOME DA MÃE				10.1 - ETNIA	
RAIMUNDA DA SILVA PEREIRA					
13 - NOME DO RESPONSÁVEL				12 - TELEFONE DE CONTATO	
RISIANE PEREIRA DE SA				(95) 99157-9696	
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)				14 - TELEFONE DE CONTATO	
RUA: BELO HORIZONTE - 740 - NOVA CIDADE				(95) 99157-9696	
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				17 - COD. IBGE MUNICÍPIO	
BOA VISTA				140010	
				18 - UF	
				RR	
				19 - CEP	
				69.316-214	
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					
PROCEDIMENTO SOLICITADO					
27 - DISCRIMINAÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO					
28 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO					
29 - CLÍNICA					
CIRURGIA GERAL					
30 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO					
ELETIVO					
31 - DOCUMENTO					
32 - Nº. DO DOCUMENTO (CCNS / CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
33 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE					
34 - DATA DA SOLICITAÇÃO					
21/02/2020					
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					
☐ EMPREGADO ☐ EMPREGADOR ☐ AUTÔNOMO ☐ DESEMPREGADO ☐ APOSENTADO ☐ NÃO SEGURADO					
AUTORIZAÇÃO					
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					



HOSPITAL DAS CLINICAS Dr. WILSON FRANCO

RELATÓRIO MÉDICO/NIR DE TRANSFERÊNCIA PARA HOSPITAL
GERAL DE RORAIMA/HGR

DATA: 20/02/20
PACIENTE: *Regiane Pereira de S* DN: *121-51*
DIAGNÓSTICO(S): *fx trauma*

DIH: *1/1/*
KANBAM: *Dieta:*
EXAMES ADMISSIONAIS (DATA *1/1/*): Hb: *12* Ht: *160* Ur: *10* Cr: *1.2*
Leuc: *12000* Seg: *10* Plaquetas: *150000*
Na: *135* K: *4.0* Ca: *10.0* Cl: *100*
HCO₃: *24* PH: *7.38* BE: *-2* PO₂: *95* PCO₂: *35*
EAS: *1*
CULTURAS (*1/1/*): *1*

IMAGEM

EXAMES DE TRANSFERÊNCIA (DATA *1/1/*): Hb: *12* Ht: *160* Ur: *10* Cr: *1.2*
Leuc: *12000* Seg: *10* Plaquetas: *150000* Na: *135* K: *4.0* Ca: *10.0*
Cl: *100* HCO₃: *24* PH: *7.38* BE: *-2* PO₂: *95* PCO₂: *35*
EAS: *1*

IMAGEM

ANTIBIÓTICO

USADO:

JUSTIFICATIVA DE

ANTIBIÓTICO:

EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUÍDA:

EVOLUÇÃO CLÍNICA:

Transferir ao HGR
Pl Cirurgia

Dr. Marcus Branner

CRMRR 1917

Boa Vista, *20* de *02* de 20 *20* Hora: *10*

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

Assinatura/carimbo do Médico

CRM *1*

CRM *1*



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

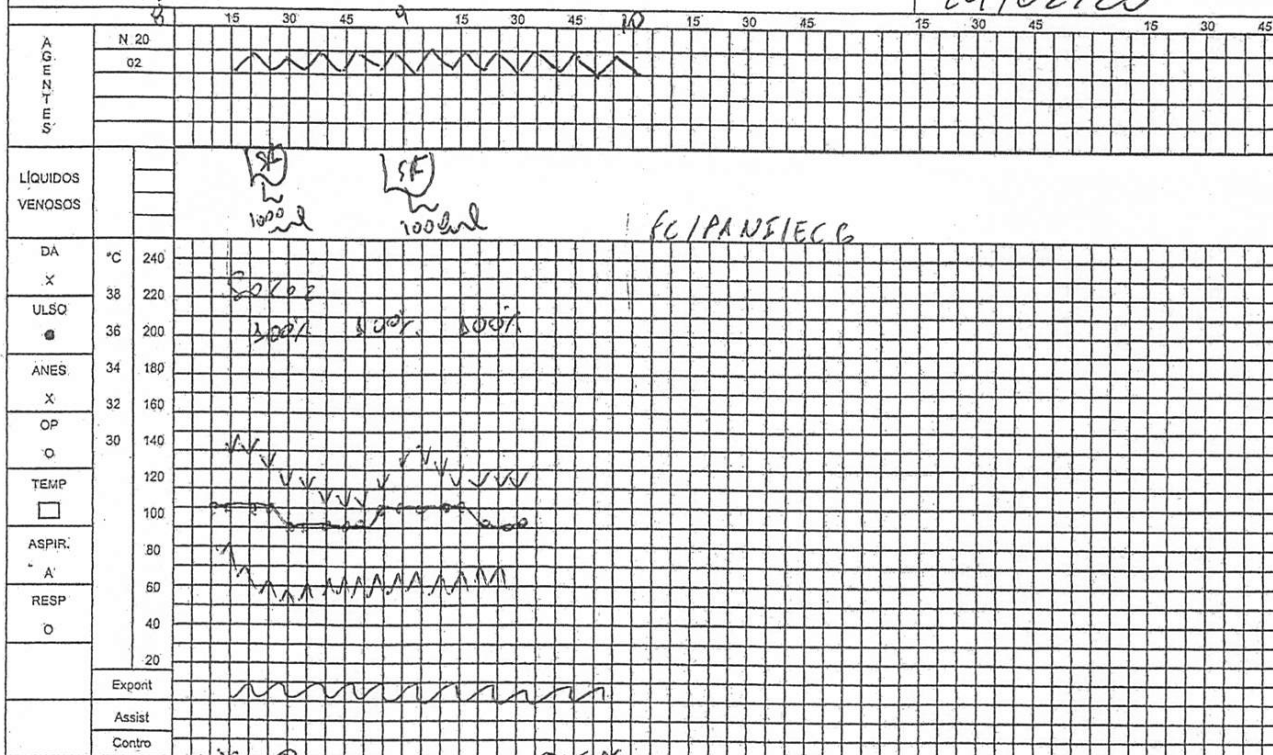
FICHA DE ANESTESIA

Nissiane Pereira 31e ASSEI encop.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

*ENT 100 {modifotenis.
MDZ 5*

Nº *300 d'sto RR*
24/02/20



SÍMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
<i>Propofol 0,5 / 10ml</i>		<i>Blockeio do Nervo Femoral Eco guiado + Bloqueio subcutâneo</i>	<i>X Monitorização</i>
<i>Bupivacaína 0,5 / 5ml</i>			<i>1 Chircozen OK</i>
<i>C</i>			<i>2 Venoclise OK MSD 358</i>
<i>D</i>			<i>3 Antitrombótico na região equina ⑤</i>
<i>E</i>			<i>com soro 70% + Infusão de Plavix + Visuobloqueio do Nervo femoral guiado por USG</i>
<i>F</i>			<i>Puncão do Nervo com Jelco 18</i>
<i>G</i>			<i>4 Injeção de A+B. Após aspirar</i>
GLICOSE	LÍQUIDOS	Cânula - Naso / Oro Faringea	
NDCD		Naso / Orotraqueal - Cega	
SANGUE		Bul - Tamp - Calibre do Tubo	
<i>2. FIS 0,5%</i>	<i>1.500ml</i>	Sob Máscara	
		Dificuldade Técnica <i>PRF</i>	
TOTAL	<i>1.500ml</i>	TEMPO DE ANESTESIA	
		<i>01:40 h</i>	
OPERAÇÃO	<i>Osteossíntese de fêmur direito ⑤</i>		Lariango - Espasmo - Excesso Secre Depressão Respiratória - Hipoxia "Bucking" - Vômito Hemorragia - Anúmia Bradi Taquicardia - Choque
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜÍNEA
<i>M. Fobiano</i>		<i>D. Marinho</i>	

Res. Emanuel RR

Dr. Fernando

Alberto F.M. Herrera
Médico-Anestesiologista
CRM 307/RR

com negociações para compra.
5) Atrofia 20ml
6) Dexmedetomidina 100mg IV
7) Fentanyl 50mg IV
8) Cetoprofeno 100mg IV



BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 21.08.20 O.S. _____

Raiane Rêgo
de Sa

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura de fêmur E displasia
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: osteotomia de fêmur E
TIPO DE INTERVENÇÃO: _____
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: _____
GNÓSTICO OPERATÓRIO: _____

CIRURGIÃO: Marcus Bamber 1º AUXILIAR: Fernando
2º AUXILIAR: _____ INSTRUMENTADORA: _____
3º AUXILIAR: _____ ANESTESIA: _____
ANESTESISTAS: _____ ANESTÉSICO: _____
INÍCIO: _____ FIM: _____ DURAÇÃO: _____

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① ponte em DDP sob sedação
- ② Anestesia e A. Bamber
- ③ colocação de curtos externos
- ④ Incisão em região lateral de coxa E
com dissecção por plano de Joco de
fratura.
- ⑤ Redução cruenta de fratura com placa
DP 10 ossos e 10 parafusos
- ⑥ LNK com 5 PD, 9%
- ⑦ Suturas por planos com Vicryl + Nylon
- ⑧ curativo
- ⑨ Ao RPD

Dr. Augusto Gonçalves
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RJ 1984

ASSINADO ADMINISTRATIVAMENTE POR NA
PARTEICITA D AD

Dr. Adriano Arruda
Ortopedista Traumatologista
QR 123 / RQE: 550



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		31a	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Rusiane Pereira de Sá			121-05	176871	24 / 02 / 2020
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
Osteossíntese de fêmur (E)			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			08:34	09:50	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		Fabiano	
Marius Brunner		RES. ANESTESIA:		R2: Emanuel	
1º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR		Vankeel	
Fernando		CIRCULANTE		Olívia Angela Carneiro / Jélio	
2º AUXILIAR		TEMPO DE DURAÇÃO:			
TIPO DE ANESTESIA: Raqui + BF + Sedação					
Q. ANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
12	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		12	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO - 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
7	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
7	LUVA ESTERIL 7.5 <i>folha 40x12</i>		7	FIO VICRYL Nº 1	
1	LUVA ESTERIL 8.0		7	FIO MONONYLON Nº 2.0	
1	LUVA ESTERIL 8.5		1	FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº <i>Opinion desc.</i>	
1	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS (P/M/G)		± 100 cm	FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº <i>Esparadrapo</i>	
7	LÂMINA BISTURI Nº 22		7	FIO CATGUT SIMPLES Nº <i>huras 1ml (P)</i>	
± 20ml	DRENO DE SUÇÃO Nº <i>lidocaina 2l.</i>		± 5g	FIO CATGUT CROMADO Nº <i>lidocaina 2</i>	
7	DRENO DE TORAX Nº <i>prumilha 3v</i>		7	FIO PROLENE Nº <i>Bolsa coletora</i>	
7	DRENO DE PENROSE Nº <i>Delcon 18</i>		± 10g	FIO SEDA Nº <i>Cilios condutor</i>	
1	SERINGA 01ML		7	SURGICEL <i>Aduras Gepon (30cm)</i>	
7	SERINGA 03ML <i>Equipo macrofts</i>		1	CERA P/ OSSO <i>S. Vesical Nº 14</i>	
1	SERINGA 05 ML		1	KIT CATARATA Nº <i>folha p/ raqui Nº 25</i>	
1	SERINGA 10ML		± 100ml	GEOFOAM PVPJ <i>topico</i>	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA <i>Escovinha p/ assepsia</i>	
1	Eletrodos		± 80ml	OUTROS: <i>Fluoxedina 2l.</i>	
1 <i>Cateter de O2</i>			± 150ml	<i>Alcool a 70%.</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		VALOR
INSTRUMENTADOR (A)		ENFERMEIRA CHEFE	MATERIAL MEDICAMENTOS		
		Carlos/ Brina	SUB- TOTAL		
FUNCIONÁRIO/CALCULOS		CIRCULANTE DE SALA	TAXA DE SALA		
			TAXA DE ANESTESIA		
			SOMA		
			ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE		



ESTADO DE RORAIMA

"AMAZONIA PATRIMONIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DE DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento: HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		Especialidade: Ortopedia		Procedimento Realizado: Osteossíntese de fêmur (E)	
Nome do Paciente: Risiane Pereira de Sá		IDADE: 31a	SEXO: F (X) M ()	Nº do Prontuário 176071	Data 24/02/2020
Bloco: A	Enfermaria: A21	Leito: 05	Nº da Sala 04	Circulante de Sala: Olívia Angela / Filho	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: 03. Grandes fragmentos					
Dados dos materiais/Serviço					

Dados dos materiais/Serviço

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO: Walter Brummer

1º AUXILIAR: Fernando

INSTRUMENTADOR: Vanke

Dr. Fernando Rezende
Medico
CRM-RR 2007

Empresa ()

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

Marca:

[illegible]

MÉDICO CIRURGIÃO:

1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:

Dr. Fernando Rezende

Médico

CRM-RR 2007

1º VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

2º OPME/CME

Hospital Geral de Roraima

Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308, Aeroporto

CEP 69.310-005 • Boa Vista – Roraima - Brasil

Fone: (0xx95) 2121 0637

F-mail: san me hor@mail.com



09/01/2020

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: H-G-R

2 - CNES:

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE:

4 - CNES:

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE: Thiaine Pereira De Sa

6 - Nº DO PRONTUÁRIO: 176871

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS): 208002828532720

8 - DATA DE NASCIMENTO: 16/05/88

9 - SEXO: Masc. ☒ 1 Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL: Raimunda da Silva Pereira

11 - TELEFONE DE CONTATO: 915 91911379696

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO): R. Belo Horizonte 740 Nova Lianade

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA: BV

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO: 212

15 - UF: PR

16 - CEP:

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS: Prontuário de 31 anos de idade com fratura de fêmur (E)

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO: Intubação

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS): História + Exame físico + Radiografia

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL: fratura fechada de fêmur (E)

21 - CID 10 PRINCIPAL:

22 - CID 10 SECUNDÁRIO:

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS:

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO: Exame traquesquetômico

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO:

26 - CLÍNICA:

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO:

28 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE: Dr. Karla

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO: 03/01/20

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO): Dr. Odilson de Melo Med. Res. em Traumatologia C.R.M. 195172

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 - CNPJ EMPRESA:

38 - SÉRIE:

39 - CNPJ EMPRESA:

40 - CNAE DA EMPRESA:

41 - CBOR:

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA: () EMPREGADO () EMPREGADOR () AUTÔNOMO () DESEMPREGADO () NÃO SEGURADO

AUTORIZAÇÃO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR:

44 - Cód. Órgão Emissor:

45 - DOCUMENTO: () CNS () CPF

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO: 03/01/20

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

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR: 0308010019

5723 7068 V299

Athena - 04005098



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

34 anos

NOME DO PACIENTE	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
Rosiane Pereira de Sa			03/10/20

CIRURGIA		TEMPO DE DURAÇÃO	
TIPO		INICIO	FIM
Tratamento transesquelético da fratura de Fêmur E. - fixação em Joelho		21:20	21:45

EQUIPE MÉDICA	
CIRURGIÃO	ANESTESISTA:
Dr. Palla	RES. ANESTESIA:
1º AUXILIAR	INSTRUMENTADOR

AUXILIAR	CIRCULANTE
	Patrícia, Cláudia
TIPO DE ANESTESIA:	TEMPO DE DURAÇÃO:
Local	

QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT.	MEDICAMENTOS	VALOR
1	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		1	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
1	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTERIL 7.5			FIO VICRYL Nº	
1	LUVA ESTERIL 8.0			FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	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	
	SERINGA 01ML		1	SURGICEL citaduna Crepax 15cm	
	SERINGA 03ML			CERA P/ OSSO	
	SERINGA 05 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 10ML		1 fr	GEOFOAM de locação 2%	
1	SERINGA 20ML			FITA CARDIACA	
	agulha 25x8			OUTROS:	
1	agulha 25x7				

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Bríg. Eduardo Gomes, 500
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620

29/09/2020

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																														
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																														
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																											
PACIENTE IRISIANE PEREIRA DE SA																														
AGNÓSTICO SEQUELA FX FEMUR E																														
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA																										
IDADE	LEITO	121-5	DATA	23/02/2020																										
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				SND																									
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				manter																									
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				S/N																									
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				Reinson 12 18 24 06																									
5																														
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				S/N																									
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				S/N																									
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06																									
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				S/N																									
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				S/N																									
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12 18 24 06																									
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				20 08																									
13																														
14																														
15																														
16																														
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Relina																									
18	CURATIVO DIÁRIO				curativa																									
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N																									
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: # CONDUTA: 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>FR</th> <th>T</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>132x94</td> <td>104</td> <td>-</td> <td>35,6</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>116x77</td> <td>94</td> <td>-</td> <td>36,5</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>100x64</td> <td>96</td> <td>-</td> <td>36,8</td> </tr> <tr> <td>06:11</td> <td>100x64</td> <td>91</td> <td>-</td> <td>36,2</td> </tr> </tbody> </table>						6 H	PA	FC	FR	T	12 H	132x94	104	-	35,6	18 H	116x77	94	-	36,5	24 H	100x64	96	-	36,8	06:11	100x64	91	-	36,2
6 H	PA	FC	FR	T																										
12 H	132x94	104	-	35,6																										
18 H	116x77	94	-	36,5																										
24 H	100x64	96	-	36,8																										
06:11	100x64	91	-	36,2																										
DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM -RR 2028																														



121-5

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN				
PACIENTE: RISIANE PEREIRA DE SA						
GNÓSTICO: FRATURA DE FEMUR. ESQUERDO + ITU						
ALERGIA	HAS	NEGA	DM2	NEGA		
IDADE	31 ANOS	LÊITO	355	DATA	21/2/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL CONSTIPANTE				SND	
2	AVP				ACM	
	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM	
5	TRAMAL 50MG EV OU VO 6/6H SE DOR INTENSA				SN	
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMM				SN	
10	PLASIL 10MG EV 8/8 HORAS S/N				REALIZAR	
11	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA	
12	CLEXANE 40MG 1X/DIA SC				18	
13	DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS S/N				SN	
16	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				10 22	
17						
				14 22 06		
EVOLUÇÃO MÉD						
PACIENTE COM FX FEMUR NO AGUARDO DE CIRURGIA ORTOPEDIA, 22/02 SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO MANTENHO SUPORTE CLÍNICO DR MARCUS BRÜNNER CRM 1917 DR MARCELO MARQUES CRM 1918						
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H						
12 H	90x70	96	-	36,9°C		
18 H	120x80	96		36°C		
24 H	110x70	93				

18h paciente no leito, nada refere no horário.
Adm medicação cpm. SSVV segue aos cuidados da equipe.

Edilmar Duarte
CRM 1918
Téc. em Enfermagem

12 H	110x70	96	35,5°C
18 H	110x70	96	35,5°C
24 H	110x70	93	35,5°C

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR 2028

Paciente com fratura de fêmur no aguardo de cirurgia ortopédica, sem queixas algicas no momento. Mantenho suporte clínico. SSVV segue aos cuidados da equipe.

CLIENTE REFERIU DOR NA INJEÇÃO DO AVP (constando início de Lucelina D. de A. da Silva, FLEBITE), MAS NÃO QUIS NOVO AVP. Aguardando avaliação médica para nova intervenção.

Antonio Juscelino Araújo Paiva
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 776.779-TE

121-5

121-5

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA						
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA						
PRESCRIÇÃO MÉDICA						
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN			
PACIENTE: RISIANE PEREIRA DE SA						
GNÓSTICO: FRATURA DE FEMUR. ESQUERDO + ITU						
ALERGIA:		HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE:	31 ANOS	LEITO	355	DATA	21/2/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL CONSTIPANTE				SND	
2	AVP				SND	
	SF 0,9% 500ml EV ACM				ACM	
5	TRAMAL 50MG EV OU VO 6/6H SE DOR INTENSA				SN	
9	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMM				SN	
10	PLASIL 10MG EV 8/8 HORAS S/N				REALIZAR	
11	SSVV + CCGG 6/6 H				ROTINA	
12	CLEXANE 40MG 1X/DIA SC				16	
13	DIPIRONA 1G EV 6/6 HORAS S/N				SN	
16	CEFTRIAXONA 1G EV 12/12H				16 22	
17						
					14 22 06	
EVOLUÇÃO MÉD						
PACIENTE COM FX FEMUR NO AGUARDO DE CIRURGIA ORTOPEDIA, 22/02 SEM QUEIXAS ALGICAS NO MOMENTO MANTENHO SUPORTE CLINICO				DR MARCUS BRUNNER CRM 1917		
				DR MARCELO MARQUES CRM 1918		
SINAIS	PA	FC	FR	TEMP	D	E
6 H						
12 H	90x70	96	-	36,9°C		
18 H	120x80	96		36°C		
24 H	110x80	92				

18h paciente no leito, nada refere no horário.
Adm medicação com SSVV segue aos cuidados
de equipe.

Edmar Duarte
Coord. Enfermagem
C.R.E.N. 00000000000000000000

121-5

121-5 ✓

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	RISIANE PEREIRA DE SÁ				
AGNÓSTICO	SEQUELA FX FEMUR E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	121-5	DATA	22/02/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				5-7
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				manhã
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				SF
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18:18
5					24:06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				5h
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				08:18
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				SV
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SV
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				SV
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				SV
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				SV
13					SV
14					SV
15					SV
16					SV
17	SSVV + CCGG 6/6 H				Retiro
18	CURATIVO DIÁRIO				M
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SV
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: # CONDUITA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
Pa = 100x60 Pz = 98 T = 36,1°C					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	100x70	100	35,1°C		
18 H	90x65	70	35,3°C		
24 H	100x70	93	35,90°C		
				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2028	

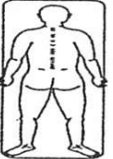
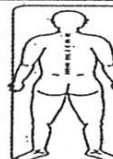
Realizado curativo e cuidados de enfermagem, sendo SSVV administrado medicação prescrita EV. SFC paciente com jejum e procedimento curativo. Guardando TCC.

CLIENTE REFERIU DOR NA INSERÇÃO DO AVP (CONSTATO INÍCIO DE Lucelina D. de A. da Silva
FLEBITE), MAS NÃO QUIS NOVO AVP. Aguardando
Técnico de Imagem
COREN-RR 776.779-TE

Antonio Juscelino Araújo Paiva
Técnico de Imagem
COREN-RR 328.447

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020	
		Paciente: <u>Risiane Pereira</u>				
		Leito: <u>123-5</u>		Data: <u>23/02/2020</u>		

Localização	 	Região: <u>MIG</u> Grau: I () II (☒)	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____		☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma: <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____	
Aparência do Leito	☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros _____		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____	
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____	
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☒ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Francineide C. Alencar Técnica em Enfermagem COREN RR-533058 TEC		Vanessa da Silva Moraes Técnica em Enfermagem COREN-RR-965152 TE	
Observações:	_____ _____ _____		_____ _____ _____	



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																														
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																														
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																														
PRESCRIÇÃO MÉDICA																														
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																											
PACIENTE RISIANE PEREIRA DE SÁ																														
AGNOSTIC SEQUELA FX FEMUR E																														
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA																									
IDADE		LEITO	121-5	DATA	24/02/2020																									
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																									
1	DIETA ORAL LIVRE				5h																									
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				10h																									
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				9h																									
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H ALGUMAS				12h																									
5																														
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				7h																									
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				9h																									
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				9h																									
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N <i>Alegria</i>				5h																									
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				5h																									
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12h																									
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				12h																									
13	<i>Ondasetron 8mg (10) 8/8h S/N</i>																													
14	<i>Broncopride 10mg (10) di hntas.</i>				21h																									
15																														
16																														
17	SSVV + CCGG 6/6 H				12h																									
18	CURATIVO DIÁRIO																													
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				5h																									
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 <u>E</u> OU GLICOSE ≤ 70 DLML, 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. # SOLICITADO: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:																														
<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>120x70</td> <td>87</td> <td></td> <td>36°</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>110x70</td> <td>80</td> <td></td> <td>36°</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>90x60</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITAIS					6 H	PA	FC	FR		12 H	120x70	87		36°	18 H	110x70	80		36°	24 H	90x60			
SINAIS VITAIS																														
6 H	PA	FC	FR																											
12 H	120x70	87		36°																										
18 H	110x70	80		36°																										
24 H	90x60																													

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - RR 2028

*paciente encaminhado para o CCOR 08h e retornou às 11h.
 após SSVV e SSVV - av. Unidade da enfermagem
 22/90x60 P 98 36°
 106/90x40 P 85 36°*

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																					
PRESCRIÇÃO MÉDICA																					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																		
PACIENTE RISIANE PEREIRA DE SÁ																					
AGNÓSTICO SEQUELA FX FEMUR E																					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA																
IDADE		LEITO	121-5	DATA	25/02/2020																
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																
1	DIETA ORAL LIVRE				J/N																
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Mantido																
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				J/N																
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				J/N																
5	<i>20mg EV 12/12h</i>				J/N																
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR I				J/N																
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				J/N																
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				J/N																
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				J/N																
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				J/N																
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				J/N																
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				J/N																
13																					
14																					
15																					
16	<i>Relator SVD</i>																				
17	SSVV + CCGG 6/6 H																				
18	CURATIVO DIÁRIO																				
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																				
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 DLML, 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: # CONDUTA: 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>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>100x62</td> <td>110</td> <td>36</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>90x60</td> <td>110</td> <td>36,20</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>100x90</td> <td>125</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>						6 H	PA	FC	FR	12 H	100x62	110	36	18 H	90x60	110	36,20	24 H	100x90	125	
6 H	PA	FC	FR																		
12 H	100x62	110	36																		
18 H	90x60	110	36,20																		
24 H	100x90	125																			
DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM -RR 2028																					

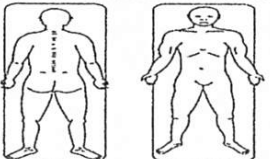
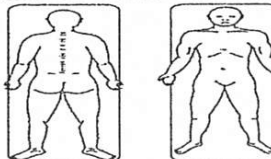
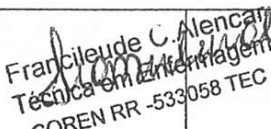
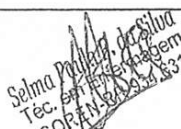
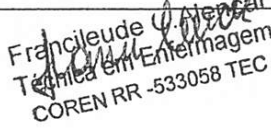
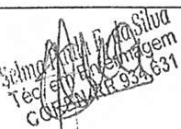


Plantão diário: Pode sendo medicado com e dando SSVV. Não foi administrado item 11, pois não uso da farmácia.



EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 2/2020	
	Tratamento de Feridas –	Paciente: <u>RISTANE pereira de SA</u>				
	HGR	Leito: <u>121 - 5</u>	Data: <u>25/02/20</u>			

Localização	 Região: <u>M.I.E</u> Grau: I () II (X)	 Região: <u>M.I.E</u> Grau: I () II (X)
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma : <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: <u> </u>	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma : <u> </u> Tração <u> </u> Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: <u> </u>
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros <u> </u>	☒ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☒ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros <u> </u>
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: <u> </u>	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: <u> </u>
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguineo ☐ Seco ☐ Outro: <u> </u>	☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serossanguineo ☐ Seco ☐ Outro: <u> </u>
Quantidade de Exsudato	☒ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <u> </u>	☐ Gaze ☒ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: <u> </u>
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	 Francieleide C. Alencar Técnica em Enfermagem COREN RR -533058 TEC  Selma P. da Silva Téc. em Enfermagem COREN RR -533058 TEC	 Francieleide C. Alencar Técnica em Enfermagem COREN RR -533058 TEC  Selma P. da Silva Téc. em Enfermagem COREN RR -533058 TEC
Observações:		



1215

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	RISIANE PEREIRA DE SÁ				
AGNÓSTIC	SEQUELA FX FEMUR E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	121-5	DATA	26/02/2020	
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					
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				
13					
14					
15					
16					
17	SSVV + CCGG 6/6 H				
18	CURATIVO DIÁRIO				
19	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
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, ANICÉTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	113x65	95	19 36.4°C
18 H			
24 H			

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - RR 2028

As 12:00h Paciente no Leito, Após do
sossego, segue com QUEIXAS AS -
Cidades da Equipe de enfermagem.
não Administrado o Item 11 pois não
Tem na farmácia de instalação
Rosilene Garcia P. Mendes
Técnico Enfermagem
COREN-RR 552.039-TE

16h. Paciente de alta -
hospitalar.



Paciente: **Risiane Pereira De Sa**

Solicitação: 70015678

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 16/05/1988

Idade: 31 ANO

Origem: HC

Solicitante:

Setor: BLOCO 3B

Leito: 355

Data de Emissão: 22/01/2020 12:38

Recebimento:

Amostra: 7001567803

Resultado de Exame

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

LEUCOGRAMA

	Resultado	Referência
LEUCÓCITOS	4,21 x10 ⁹ /uL	4.0 - 10.0 x10 ⁹ /uL
NEÚTRÓFILOS	53,80 %	50.0 - 70.0 %
INFÓCITOS	39,40 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	1,90 %	3.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	3,90 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	1,00 %	0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

ERITRÓCITOS	3,93 x10 ⁶ /uL	4.32 - 5.52 x10 ⁶ /uL
HEMOGLOBINA	10,50 g/dL	13.5 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	32,20 %	40.0 - 50.0 %
VCM	82,00 ug/L	87.0 - 103.0 ug/L
HCM	26,70 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	32,60 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11,80 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	40,80 fL	35.0 - 56.0 fL

PLAQUETOGRAMA

PLAQUETAS	412,00 x10 ⁹ /uL	150.0 - 400.0 x10 ⁹ /uL
ADP	9,00 fL	6.5 - 12.0 fL
PCT	15,80	9.0 - 17.0
PCT	0,371 %	1.08 - 2.82 %

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

ERITROGRAMA

Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

23/01/2020 08:57

(*) Retificado
Página 1 de 1



Paciente: Risiane Pereira De Sa	Sexo: Feminino	Nasc: 16/05/1988	Idade: 31 ANO
Solicitação: 70015678	Número Interno:	Solicitante:	
Origem: HC	Setor: BLOCO 3B	Leito: 355	
Data de Emissão: 22/01/2020 12:38	Recebimento:		

Resultado de Exame

Amostra: 7001567802

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

Resultado

0,6 mg/dL

Referência

0.6 - 1.2 mg/dL

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 URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

Resultado

42,0 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

URÉIA

Origem: HC

Data de Emissão: 22/01/2020 12:38

Amostra: 7001567802

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Picrato Alcalino

CREATININA

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 URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

URÉIA

Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

Responsável Técnico: Rosemíriam Izabel Moscato - Farmacêutica/Bioquímica - CRF - RR 245/09
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

23/01/2020 08:57

(*) Retificado

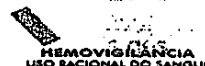
Página 1 de 1



HOSPITAL DAS CLÍNICAS DR. WILSON FRANCO

SERVIÇO DE HEMOTERAPIA -HC

SOLICITAÇÃO DE HEMOCOMPONENTES E HEMODERIVADOS - RT



IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

Nome Completo: DICIANE RAFAELA DE SA
Nome da Mãe: ARMINDA DA SILVA RAFAELA
Endereço: RUA 8410 HORIZONTE 740 NOVA CIDADE Tel.: 95 99157 9670
Data de nascimento: 16/05/1988 Idade: 32 ANOS Sexo: () M (X) F Peso: 55 kg
Nº do Prontuário: 2001205199 Bloco: HC Leito: 200
Categoria: () SUS/ Nº do Cartão: () Plano de saúde () Particular

DADOS CLÍNICOS E LABORATORIAIS

Hematócrito: 34,20% Hemoglobina: 11,2 g/dL Plaquetas: 350.00
Distúrbio de Coagulação: () Sim (X) Não Histórico gestacional: () Sim (X) Não
Antecedentes de Transfusão: (X) Não () Sim Data da última transfusão: 24/02/2020
Reação Transfusional: (X) Não () Sim Qual? Não

Diagnóstico: Fratura de fêmur

TIPO DE TRANSFUSÃO	HEMOCOMPONENTES/ HEMODERIVADOS SOLICITADOS	
	DESCRIÇÃO	QUANTIDADE
(X) Programada para cirurgia eletiva em <u>22/02/2020</u> às <u>2:00</u> horas com possível Transfusão. () Rotina, a se realizar dentro de 24 horas () Urgência, a se realizar dentro das 3 horas. () Emergência Quando o retardo da transfusão poderá acarretar risco para a vida do paciente. Preencher Termo de Responsabilidade (Conforme Portaria 158, art. 171, III)	Concentrado de Hemácias (± 300ml/unidade)	<u>02</u>
	Plasma Fresco Congelado (± 200ml/unidade)	<u>Articular</u>
	Concentrado de Plaquetas (± 70ml/unidade)	<u>200</u>
	Concentrado de Plaquetas por Aférese (< ou = 200 ml/ui)	<u>200</u>
	Fator de Coagulação UI. Tipo: _____	<u>200</u>
		<u>200</u>

TERMO DE RESPONSABILIDADE PARA TRANSFUSÃO EM EMERGÊNCIA SEM COMPATIBILIDADE

Devido ao estado clínico do paciente, ou à emergência/risco de vida, não foi possível fornecer ao paciente/responsável as informações necessárias para obtenção deste Consentimento Informado. Eu autorizei a transfusão de hemocomponentes em quantidade suficiente para melhorar sua situação clínica sem as provas de compatibilidade, por tratar-se de uma emergência.

Assinatura do médico: Marcelo Marques CRM: 19918

- ATENÇÃO**
- ♦ Obrigatória a prescrição médica do produto no prontuário do paciente.
 - ♦ Solicitar o hemocomponente até as 11 horas da manhã.
 - ♦ Necessário registro da enfermagem no prontuário do paciente da bolsa transfundida e sinais vitais do paciente antes, durante e no final do procedimento.
 - ♦ Em caso de REAÇÃO TRANSFUSIONAL enviar imediatamente ficha de notificação (03 vias) + bolsa com equipo e amostra pós-transfusão para análise laboratorial e registrar no prontuário o fato ocorrido.

Data: <u>01/02/2020</u> Hora: <u>2:00 horas</u>	Data: _____ Hora: _____	OBSERVAÇÃO: _____
 Dr. Marcelo Marques Médico CRM: <u>19918/RR</u> Médico solicitante (Assinatura e Carimbo)	Técnico que realizou a coleta	

Informações Gerais: A transfusão de hemocomponentes (sangue) tem o objetivo de repor um ou mais dos

Hospital de Clínicas Dr. Wilson Franco Rodrigues
Av. Nazaré Figueiras, 2096, Dr. Sílvia Botelho CEP 69.314-550
Boa Vista- Roraima-Brasil
E-mail: hemohcrr@gmail.com



Paciente: **Risiane Pereira De Sa** Sexo: Feminino Nasc: 16/05/1988 Idade: 31 ANO
Solicitação: 70015678 Número Interno: Solicitante:
Origem: HC Setor: BLOCO 3B Leito: 355
Data de Emissão: 22/01/2020 12:38 Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 7001567801

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	SEM KIT seg	10.0 - 14.0 seg
RNI	SEM KIT	0.8 - 1.2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	SEM KIT seg	25.0 - 39.0 seg
ATIVIDADE DE PROTROMBINA	SEM KIT	0.0 - 1.25
	SEM KIT %	70.0 - 100.0 %

O Núcleo de 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.

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA		
RNI		
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA		
ATIVIDADE DE PROTROMBINA		

O Núcleo de 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.

Ana Karina S. Moura
Farmacêutica/Bioquímica
CRF/RR 523

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

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

23/01/2020 08:57

(*) Retificado
Página 1 de 1



121-2

121-8

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: Thiagane Peres de Sá

AGNÓSTICO: Fratura da tíbia da perna (E)

ALERGIAS: HAS NEGA DM2 NEGA

IDADE: 31 LEITO: _____ DATA: 03/01/20

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV S/N	<u>manter</u>
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	<u>SN</u>
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA	<u>24 00 12 18</u>
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	<u>SN 23 30</u>
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	<u>22 00 10</u>
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h	<u>SN</u>
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	<u>SN</u>
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	<u>SUSPENSO</u>
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	<u>SN</u>
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	<u>SN</u>
13	SSVV + CCGG 6/6 H	<u>Rotina</u>
14	CURATIVO DIÁRIO	<u>Rotina</u>
15	<u>Clotane 4mg S-C 1x ao dia</u>	<u>10</u>
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, NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO: RX: # CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

Dr. Odinachi Okehi.
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

121-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE RISIANE PEREIRA DE AS					
AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-2	DATA	04/01/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MMA TER
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				(12)
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				(12) (18) (06)
5	CLEXANÉ 40MG SC 1X DIA				18
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT				18 2020080
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				SN
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				(06)
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				SN
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				SN
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12 18 24. 06.
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				SN
17	SSV + CCGG 6/6 H				RORAIMA
18	CURATIVO DIÁRIO				RORAIMA
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: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - RR 2028	
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: _____ DN: _____

PACIENTE: **RISIANE PEREIRA DE AS**

AGNÓSTICO: **FX DIAFISE FEMUR E**

ALERGIAS: _____ HAS: _____ NEGA: _____ DM2: _____ NEGA: _____

IDADE: **56** LEITO: **121-2** DATA: **05/01/2020**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN	
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H	
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM	
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN	
11		
12		
13		
14		
15		
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
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 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:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

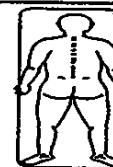
DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM -RR 2028

20/4/01/17 p/curato com DR. Pedro de Souza Fausto
menor com 15 anos

Dr. Pedro de Souza Fausto
CRM-RR 1615
Coordenador NIR

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em	Protocolo nº 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Tratamento de Feridas -	Paciente: <u>Assiane Pereira de Sa</u>			
	HGR	Leito: <u>121-2</u>	Data: <u>05/01/20</u>		

Localização	 	Região: <u>MIE</u> Grau: I () II (X)	 	Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☒ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> ☐ ortopedia ☐ Outro: _____		☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> ☐ ortopedia ☐ Outro: _____	
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros _____		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____	
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____	
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguineo ☐ Seco ☐ Outro: _____		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguineo ☐ Seco ☐ Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	
Troca	☐ 12/12 ☐ Diário ☒ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	<u>Maria de Fátima N. Viano</u> Auxiliar de Enfermagem COREN RJ 449.709		<u>Jucilene Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem 453.354	
Observações:	_____ _____ _____		_____ _____ _____	



121-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE RISIANE PEREIRA DE AS					
AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-2	DATA	06/01/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
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 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: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					
DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2028					

121-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE RISIANE PEREIRA DE AS					
AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-2	DATA	07/01/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				21
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				18
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				18
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				18
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				18
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				18
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				18
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				18
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				18
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				18
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				18
17	SSVV + CCGG 6/6 H				18
18	CURATIVO DIÁRIO				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: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					
DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - RR 2028					

Trocado AVP com glicose n.º 20.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Risiane Pereira

Leito: 121-2

Data: 07/01/2020

Localização	 Região: <u>MIE</u> Grau: I () II (X)	 Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : ☒ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização ☒ Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros _____
Pele Perilesional	☒ Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____	() Normal () Macerado () seca () Eritema / Rubor () Outro: _____
Tipo de Exsudato	() Purulento () Seroso ☒ Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____	() Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serossanguineo () Seco () Outro: _____
Quantidade de Exsudato	() Molhado ☒ Úmido () Seco	() Molhado () Úmido () Seco
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% () Álcool 70%	() Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%
Cobertura primária	☒ Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____	() Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel () Outro: _____
Troca	() 12/12 ☒ Diário () 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Técnica Enfe. COREN-RR 965	Larissa Alves Moura Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE
Observações:	_____ _____ _____	_____ _____ _____



121-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE ERISIANE PEREIRA DE AS					
AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-2	DATA	08/01/2020
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				SN
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				06
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				06
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				06
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				06
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				06
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				06
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				06
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				06
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				06
17	SSVV + CCGG 6/6 H				06
18	CURATIVO DIÁRIO				06
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: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					
DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM - RR 2028					

121-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE RISIANE PEREIRA DE AS				
AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	121-2	DATA	09/01/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			Mante
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H			18° 06
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			18° 24 06
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			16
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN			24
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			06
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			24
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN			24
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			18° 24 06
12				
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
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 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 : # CONDUTA : MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA : # PREVISÃO DE ALTA :				
SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x70	94	20	36°C
18 H				
24 H				

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR-2028

12h Paciente acamada.
fui to higiene, não trocada
lençol (Pafalta na instituição).
LOTE. Segue aos cuidados

Ligia Amorim
CRM-RR-985.529 TE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Risiane Pereira de Sá 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 Retaguara 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 Retaguara;

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

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

Boa Vista, 22 de Janeiro de 2020.

Assinatura do paciente: _____

Responsável: _____

1) Assinatura: _____

Nome _____

CPF nº: _____

Grau de Parentesco: _____

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

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

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

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

CRM _____ / _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Luisiane Pereira De Souza				
AGNÓSTICO	fratura traumática de fêmur (E)				
ALERGIAS					
IDADE	31	HAS	NEGA	DM2	NEGA
ITEM	LEITO	DATA	03/06/20		
PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				manter.
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				SN
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				24h @ 12:18
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				ob
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				SN 23:50
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				(22) (23) (14)
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				SN
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				Suspensão
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
13	SSVV + CCGG 6/6 H				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				Rotina
15	Clotane 4mg S-C 1x ao dia				Rotina
16					10
17					
18					
19					
20					
21					

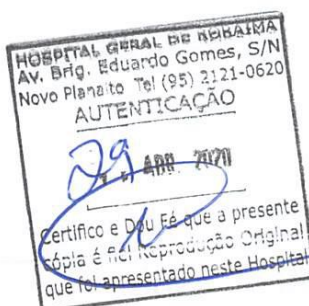
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70
DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

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:

Dr. Odinachi Okell.
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MEDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



121-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
Serviço de Ortopedia e Traumatologia				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE RISIANE PEREIRA DE AS				
AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR E				
ALERGIAS				
IDADE	HAS	NEGA	DM2	NEGA
LEITO	121-2	DATA	04/01/2020	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			SN
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H			MAA TER
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			12 18 24
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			12 18 24
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR INT			12 18 24
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			12 18 24
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			SN
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			0.6
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN			SN
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			12 18 24
12				
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SN
17	SSVV + CCGG 6/6 H			RORAIMA
18	CURATIVO DIÁRIO			RORAIMA
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,
NÓRMOCORADO, HIDRATADO.
SOLICITADO:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - RR 2028

Hc

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																					
PRESCRIÇÃO MÉDICA																					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN																		
PACIENTE IRISIANE PEREIRA DE AS																					
AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR E																					
ALERGIAS																					
IDADE	56	HAS	NEGA	DM2	NEGA																
LEITO	121-2	DATA	05/01/2020																		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																
1	DIETA ORAL LIVRE																				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO																				
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H SN																				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H																				
5	TILATIL 20MG EV DE 12/12H																				
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				SUSPENSO																
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM																				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1X DIA																				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N																				
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN																				
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																				
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 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: # CONDUITA: 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>FR</th> </tr> </thead> <tbody> <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> </tbody> </table>						6 H	PA	FC	FR	12 H				18 H				24 H			
6 H	PA	FC	FR																		
12 H																					
18 H																					
24 H																					
DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM -RR 2028																					

20/4/17 p/curto cor dor, por hr
 nem coms padu hr.

Dr. Pedro de Giovanni
 CRM-RR 1615
 Condutor NIR

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

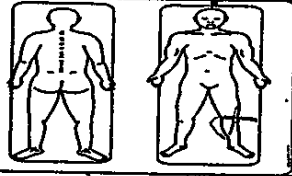
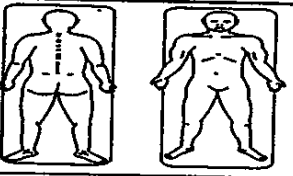
Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Mariane Pereira de Sa

Leito: 121-2

Data: 05/01/20

Localização	 Região: <u>M/E</u> Grau: I () II (X)	 Região: _____ Grau: I () II ()
Etiologia	() LPP I II III IV ?* () Queimadura (X) Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: _____	() LPP I II III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular () Trauma : <u>Tração</u> <u>Fixador Externo</u> () ortopedia () Outro: _____
Aparência do Leito	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () Granulação () Epitelização (X) Ferida fechada () Dreno/ Sonda () Outros _____	() Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo () 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	() Molhado (X) 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 () Diário (X) 48/48h	() 12/12 () Diário () 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	<u>Maria de Fátima N. Viana</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 449.709	<u>Jucilene Moreira</u> Auxiliar de Enfermagem COREN-RR 453.954
Observações:	_____ _____ _____	_____ _____ _____



121-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE RISIANE PEREIRA DE AS					
AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-2	DATA	06/01/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
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 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: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					
DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MEDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM-RR 2028					

121-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA				
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA				
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA				
PRESCRIÇÃO MÉDICA				
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE IRISIANE PEREIRA DE AS				
AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR E				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE	LEITO	121-2	DATA	07/01/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H			
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H			
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN			
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM			
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA			
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N			
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN			
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H			
12				
13				
14				
15				
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			
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 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:
CONDUTA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA:

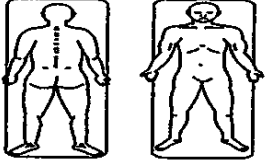
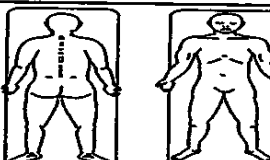
SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM - RR 2028

Trocado AVP com glicose n° 20.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018	
		Paciente: <u>Risiane Pereira</u>				
		Leito: <u>121-2</u>		Data: <u>07/01/2020</u>		

Localização		Região: <u>MIE</u>		Região: _____
		Grau: I () II (X)		Grau: I () II ()
Etiologia	☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma : ☒ Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____		☐ LPP I II III IV ?* ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular ☐ Trauma : ☐ Tração ☐ Fixador Externo ☐ ortopedia ☐ Outro: _____	
Aparência do Leito	☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☒ Ferida fechada ☐ Dreno/ Sonda ☐ Outros _____		☐ Necrose: Amarela/Negra ☐ Esfacelo ☐ Granulação ☐ Epitelização ☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros _____	
Pele Perilesional	☒ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____		☐ Normal ☐ Macerado ☐ seca ☐ Eritema / Rubor ☐ Outro: _____	
Tipo de Exsudato	☐ Purulento ☐ Seroso ☒ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____		☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serossanguíneo ☐ Seco ☐ Outro: _____	
Quantidade de Exsudato	☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco		☐ Molhado ☐ Úmido ☐ Seco	
Solução de Limpeza	☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%		☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%	
Cobertura primária	☒ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____		☐ Gaze ☐ Colagenase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel ☐ Outro: _____	
Troca	☐ 12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h		☐ 12/12 ☐ Diário ☐ 48/48h	
Profissional que realizou procedimento:	Vanessa da Silva Técnica de Enfermagem COREN-RR 955		Larissa Alves Mota Técnica de Enfermagem COREN-RR 1.247.428 - TE	
Observações:	_____ _____ _____		_____ _____ _____	



421-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE RISIANE PEREIRA DE AS					
AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-2	DATA	08/01/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				12/18
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				12/18
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12/18
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				12/18
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				12/18
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				12/18
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				12/18
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				12/18
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				12/18
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				12/18
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				12/18
17	SSVV + CCGG 6/6 H				12/18
18	CURATIVO DIÁRIO				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 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: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H					
18 H					
24 H					
				DR PEDRO DE SOUZA FAUSTO MÉDICO RESIDENTE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA CRM -RR 2028	

121-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE RISIANE PEREIRA DE AS					
AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR E					
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO	121-2	DATA	09/01/2020
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO				MAIO
3	SF 0,9% 500ML EV 12/12H				18° 06
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				12-18° 24 06
5	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				16
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV OU VO DE 8/8H SE DOR IN				50
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM				06
8	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				06
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				50
10	SIMETICONA 40 GOTAS OU 01 COMP VO DE 8/8 h SN				50
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				18° 24 06
12					
13					
14					
15					
16	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				50
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 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: # CONDUTA: MANTIDA # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: # PREVISÃO DE ALTA:					
SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR		
12 H	120x70	94	20	36	
18 H					
24 H					

DR. PEDRO DE SOUZA FAUSTO
MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
CRM-RR-2028

12h Paciente acordada,
bom hígido, não tossido
bom (Paciente na instituição)
LOTE. Segue aos cuidados

Thiago Amorim
CRM-RR-935.529 TE



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
TERMO DE CONSENTIMENTO PARA INTERNAÇÃO EM HOSPITAL DE
RETAGUARDA/WILSON FRANCO - HC

Eu Risiane Pereira de Sa 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 Retaguara 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 Retaguara;

5.) Autorizo qualquer procedimento médico, exame, tratamento clinico 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, 22 de Janeiro de 20 20

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, _____ de _____ de 20 ____ : Hora: _____

Nome Completo: _____

Assinatura do Médico: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador

CRM _____ / _____

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

Resumo de Alta

NOME: ROSEANE PEREIRA DE SÁ
DATA INTERNAÇÃO: 21/02/2020
DATA DE ALTA: 26/02/2020
DIAG: FRATURA DE FÊMUR ESQUERDO

Paciente deu entrada no HGR no dia 21/02/2020, com fratura de fêmur esquerdo.

No dia 24/02/2020 foi submetida a tratamento cirúrgico com osteossíntese de fêmur esquerdo, pelo Dr Marcus brunner e Dr Fernando

Recebe alta em BEG, LOTE, eupneica em AA, sem queixas. Encaminhada para fazer Curativo diário em Posto de saúde, com retorno marcado com ortopedista no hospital Coronel Mota no dia / / , com Dr. Marcus Brunner.

Boa Vista, 26 de Fevereiro de 2020.

Dr. Pedro Di Giovanni
Especialista: Traumatologista
CRM: 1515 / ROR: 364

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto
CEP: 69310-005 Boa Vista-RR Tel: (95)2121-0615





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: 3161/2020 - Registrado em: 15/05/2020 às 14h 10min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 03/01/2020 às 18h 30min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

Logradouro: S-17

Bairro: SENADOR HELIO CAMPOS

Referência: PROXIMO DISTRIBUIDORA DO ROXO

Complemento:

UF: RR

Nº: S-N

CEP: 69316-574

Tipo de local: VIA URBANA

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

RISIANE PEREIRA DE SÁ(22), nascido(a) em 16/05/1998, sexo FEMININO, casado(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 000.511.572-84, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de RAIMUNDA DA SILVA PEREIRA e JOSE CARNEIRO DE SA, endereço: BELO HORIZONTE, cep: 69316-206, Nº: 740, bairro: NOVA CIDADE, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99157-9696.

OBJETOS

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

RELATO DA OCORRÊNCIA

RELATA A COMUNICANTE (VITIMA) QUE ESTAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA BIZ, PLACA NAC9498, TRAFEGANDO NA RUA ACIMA INFORMADA, SENTIDO RUA N-20, QUANDO AO CRUZAR A RUA N-20, SE CHOCOU COM UM AUTOMÓVEL DE COR PRATA QUE TRAFEGAVA EM ALTA VELOCIDADE, SE EVADINDO DO LOCAL, SENDO QUE QUANDO CAIU AO CHÃO SOFREU FRATURA NO FÊMUR ESQUERDO, EIS O RELATO.

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

NIVALDO DOS SANTOS MATIAS
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000895
ASSINADO ELETRONICAMENTE

Risiane Pereira de Sá

RISIANE PEREIRA DE SÁ
COMUNICANTE

Documentos Despesas Médicas
Documentos Invalidez Permanente
Documentos Morte
Dicas Indispensáveis

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

Clique aqui para saber sobre o andamento do seu pedido de indenização.

parecer final da Seguradora Líder-DPVAT, administradora do Seguro DPVAT. O prazo para emissão do parecer final é de 30 dias a contar da data de entrega da documentação completa.

SINISTRO 3200194745 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA RISIANE PEREIRA DE SA

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO CN

CORRETORA DE SEGUROS E SERVICOS EIRELI - Matriz

BENEFICIÁRIO RISIANE PEREIRA DE SA

CPF/CNPJ: 00051157284

Posição em 01-07-2020 16:54:37

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
10/06/2020	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50

Histórico das correspondências enviadas		
Data da Carta	Referência	Ver Carta
16/06/2020	PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO	
03/06/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	

