

INSTRUMENTO PARTICULAR DE PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: YARA KETHE CAMARA DA SILVA, brasileira, solteira, desempregada, portador do RG nº. 326449-1 SSP/RR, inscrito no CPF sob nº. 007.167.622-85, residente e domiciliada na Rua Oeste, nº 379, Bairro Equatorial Boa Vista/RR, CEP – 69317-360.

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, nº 2187, Santa Luzia, Boa Vista/RR, CEP – 69.317-103, fone: (95) 3625-0238.

PODERES: para o foro em geral, e os da cláusula “ad Judicia”, mais os ressalvados no art. 105, 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, **requerer a benesses da justiça gratuita nos termo do art. 105 do CPC**, promover notificações ou interpelações judiciais, inclusive em ações militares, patrocinar os interesses da **OUTORGANTE** em procedimentos administrativos junto a quaisquer repartições públicas ou autárquicas, assinando papéis e documentos, dando e recebendo quitação administrativamente ou judicialmente, transigindo, assumindo compromissos, desistindo, patrocinar a defesa dos interesses da **OUTORGANTE** na esfera criminal e, se for caso, poderes para individual ou conjuntamente, substabelecer o objeto da presente Procuração e também para propor ação na via administrativa junto ao INSS, com ou sem reservas, usando os poderes ora conferidos dando tudo por bom, firme e valioso.

Boa Vista/RR, 11 de novembro de 2020.


YARA KETHE CAMARA DA SILVA



Testemunha: _____

DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

Eu, **YARA KETHE CAMARA DA SILVA**, brasileira, solteira, desempregada, portador do RG nº. 326449-1 SSP/RR, inscrito no CPF sob nº. 007.167.622-85, residente e domiciliada na Rua Oeste, nº 379, Bairro Equatorial Boa Vista/RR, CEP – 69317-360, **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 art. 99 §3º, do CPC, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

Por ser expressão da verdade, firmo o presente para que surte seus efeitos legais.

Boa Vista/RR, 11 de novembro de 2020.



YARA KETHÉ CAMARA DA SILVA



REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL		VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL	
ESTADO DE RORAIMA SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO ODILIO CRUZ		REGISTRO GERAL 326449-1	DATA DE EXPEDIÇÃO 16/03/2018
 Polegar Direito		NOME YARA KETHE CAMARA DA SILVA	
		FILIAÇÃO CLEBIO CAMARA DE SOUZA GISELA NEVES DA SILVA	
<i>Yara Kethe Camara da Silva</i> ASSINATURA DO TITULAR		NATURALIDADE BOA VISTA - RR	
CARTEIRA DE IDENTIDADE		DOC. ORIGEM CERTD NASC 66.277 FLS 112-V LIV A-94	
		1º OF BOA VISTA-RR	
		CPF 007.167.622-85	
		2ª VIA	
		ATADEU ROCHA TRIANI Perito Papiloscopista de Polícia Civil Diretor de RDC	
		LEI Nº 7.116 DE 29/08/83	
		P1	

6446
501



Para contato com
a Roraima Energia,
informe este **NÚMERO**

SEU CÓDIGO
0073359-8

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

Nº DA NOTA FISCAL **6563525 FCAM***

Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Série B-1
Regime Especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

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

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R\$)
DEZEMBRO/2020	15/01/2021	83	71,80

JOSE PINHEIRO CORDEIRO
CPF: 00020228392268
R. SILVIO LETTE 1147 1 - CAIMBE
CEP: 69.312-195 - BOA VISTA

DATAS DA LEITURA			
Atual: 10/12/2020	Anterior: 10/11/2020	Próxima leitura: 10/01/2021	
Emissão: 09/12/2020	Apresentação: 10/12/2020	Dias de consumo: 30	

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA					
Grupo/Subgrupo	Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Faturamento	Modalidade
1.1.1.2	RESIDENCIAL	BIF	TDB1741348	NORMAL	CONVENC.

DADOS DA LEITURA (kWh)							
	kWh TOT/PTA	INJETADO TOT/PTA	kWh F.PONTA	INJETADO F.PONTA	kWh INTERMED.	INJETADO INTERMED.	kWh RESERVADO
Leit. Atual	487						
Leit. Anterior	404						
Constante	1,000						
Resíduo							
Medido	83						
Faturado:	83						

DESCRIÇÃO DA CONTA		
CONSUMO	83 A R\$ 0,584285 =	48,49
ILUMINACAO PUBLICA		23,37

OUTRAS
INFORMAÇÕES
CNPJ: 02.341.470/0001-44
E H - 83 - 0.574285





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: 5141/2020 - Registrado em: 22/06/2020 às 12h 53min

FATO(S) COMUNICADO: PRESERVAÇÃO DE DIREITO

Data/hora do Fato: 29/03/2020 às 17h 30min

LOCAL DO FATO

Município: BOA VISTA

UF: RR

Logradouro: GENERAL ATAIDE TEIVE

Nº: S/N

CEP:

Bairro: ALVORADA

Tipo de local: VIA URBANA

Referência: CRUZAMENTO COM AVENIDA DOS GARIMPEIROS

Complemento:

ENVOLVIMENTO(S): COMUNICANTE

YARA KETHE CAMARA DA SILVA(28), nascido(a) em 29/02/1992, sexo FEMININO, solteiro(a), exercendo a profissão de AUTÔNOMO, CPF Nº 007.167.622-85, País: BRASIL, natural de BOA VISTA-RR, filho(a) de GISELA NEVES DA SILVA e CLEBIO CAMARA DE SOUZA, endereço: OESTE, Nº: 379, bairro: JARDIM EQUATORIAL, BOA VISTA-RR, Telefone: (95) 99132-2337.

OBJETOS

Classe	Quantidade	Tipo de Objeto	Descrição
Objeto	1	MOTOCICLETA	PROPRIETÁRIO: YARA KETHE CAMARA DA SILVA VEICULO: MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 EX PLACA: NAY3F32 CHASSI:9C2JC4830ER032990

RELATO DA OCORRÊNCIA

A COMUNICANTE REGISTROU A SEGUINTE INFORMAÇÃO NA DELEGACIA ONLINE: COMUNICO QUE NO DIA 29/03/2020, POR VOLTA DAS 17:30 HORA,S NA AVENIDA ATAIDE TEIVE - BAIRRO ALVORADA CONDUZIA A MOTOCICLETA HONDA/BIZ 125 EX DE PLACA: NAY3F32 CHASSI: 9C2JC4830ER032990 DE MINHA PROPRIEDADE, QUANDO AO ME APROXIMAR DO CRUZAMENTO COM A AVENIDA DOS GARIMPEIROS FUI COLIDIDA POR OUTRA MOTOCICLETA, CAUSANDO O ACIDENTE. COMUNICO AINDA QUE SOFRI LESÕES CORPORAIS E FUI SOCORRIDA PELO SAMU ATE O HGR PARA ATENDIMENTO MÉDICO. QUE O REGISTRO É PARA FINS DE SEGURO DPVAT. É O RELATO.

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

CLOVIS DE S. CELANE
POLICIAL CIVIL
MATRÍCULA: 42000258
ASSINADO ELETRÔNICAMENTE


YARA KETHE CAMARA DA SILVA
COMUNICANTE



PMRR - CIPTUR

RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL

SÉRIE J

Nº 812029

Vtr Ciptur 09	SUCp CIPTUR	Data 29/03/2020	S/Setor LESTE	H/Transm 17h30min	H/Ini 17h30min	CH/H 17h35min	H/Fir 19h30min	
Cód. Oc. 1001	Cód. Proc. 13006/13009/13010/13011/13012/13013/13999	Cód. Ser. Prest. -X-X-X-X-X-X-	Km/Ini 37.280	Km/Fin 37.287				

LOCAL DE OCORRÊNCIA

Av./Rua: Av. Gal Ataíde Teive com Av. Dos Garimpeiros Bairro: Alvorada Refe.: Cruzamento

PESSOAS RELACIONADAS

¹ Condutora Nome: Yara Kethe Camara da Silva Idade: 28 E. Civil: Casada

Endereço: Rua: Sivio Leite, Caimbé

Edt. R.G 3264491 SSP/RR CNH 07344440402 Profissão: Desempregada

² Condutor Nome: Sergio Rodrigues de Souza Idade: 56 E. Civil: Casado

Endereço: Rua: S-28,7798, Senador Hélio Campos

Edt. R.G 49537 SSP/RR CNH 05990076598 Profissão:

³ Nome: Idade: E. Civil:

Endereço:

Edt. R.G CNH Profissão:

⁴ Nome: Idade: E. Civil:

Endereço:

Edt. R.G CNH Profissão: Estudante

AVARIAS

Avarias relacionadas

ITEM (01) HONDA/BIZ 125 EX COR BRANCA DE PLACA NAY3F32. Avaria conforme pericia.

ITEM (02) HONDA 150FAN ESI DE COR VERMELHA DE PLACA NAO 7768. Avaria: conforme pericia.

ASSINATUA

CARGO

LOCA

HISTORICO

Senhor Delegado do 5º DP, informo que fomos acionados via Ciops para atendimento de Ocorrência de Acidente de Trânsito com danos materiais e vitima no local acima citado. No local fomos informados que o Item 01 que conduzia o veículo HONDA/BIZ 125 EX COR BRANCA DE PLACA NAY3F32 pela Av. Gal Ataíde Teive sentido Centro/Bairro quando ao se aproximar do cruzamento da Av. Dos Garimpeiros foi colidida pelo Item 02 que conduzia seu veículo HONDA 150FAN ESI DE COR VERMELHA DE PLACA NAO 7768 no mesmo sentido. Informo que o Item 01 foi conduzida ao PSE com aparentes escoriações pela equipe do SAMU e a pericia esteve no local para procedimentos administrativos e que foi constatado que o item 02 apresentava sintomas de embriagues e que o mesmo foi submetido ao teste de Etilômetro resultando 0,99 mg/l sendo o valor considerado 0,92 mg/l e sendo realizado os seguintes procedimentos Auto de Infração de Trânsito Nº SE00303737, e Documento de Retenção e Remoção Nº D153 - 040480 conforme anexo, e que o veículo do Item 01 foi entregue ao Sr. Wesley Silva Veras de CNH 07345284895 e do Item 02 foi removido ao pátio do DETRAN. Apresento o item 02 apresentando perfeito estado físico a esta delegacia para providencias cabíveis e informo ainda que o mesmo recusou-se a ser atendido pela equipe do SAMU e possuindo um cordão prateado e uma pulseira banhada aparentemente de ouro e uma pulseira de plástico de cor preta.

Era o que tinha a relatar.

Edimar de Lima Nascimento

40.641-4

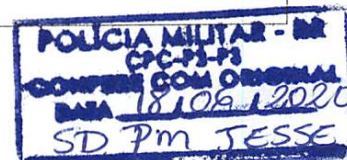
Nº

3º SGT/PM

Posto/Graduação

CIPTUR/PMRR

SUOp



EM BRANCO
P2/P3/CPC



		GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA 1ª Classific. Secretaria de Estado da Saúde Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSFE Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308		☐ Azul Ass.: _____		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.: _____		☐ Vermelho ☐ Laranja ☐ Amarelo ☐ Verde ☐ Azul Ass.: _____	
2001234290		29/03/2020 17:59:02		FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA				DIURNO 07-19 32	
Paciente YARA KETHE CAMARA DA SILVA		Data Nascimento 29/02/1992		Idade 28 A 1 M 0 D		CNS 706304762656071		CPF 00716762285	
Tipo Doc IDENTIDADE		Documento 3264491		Órgão Emissor SSP/RR		Data Emissão 09/04/2015		Sexo F	
Mão GISELA NEVES DA SILVA		Estado Civil SOLTEIRO(A)		Raça/Cor PARDA		Naturalidade BOA VISTA - RR		Nacionalidade BRASILEIRA	
Endereço RUA - DAS ORQUIDEAS - 232 - JARDIM PRIMAVERA - BOA VISTA - RR		Pai CLEBIO CAMARA DE SOUZA		Contato (95) 99125-5528		Ocupação SEGURANÇA			
Class. de Risco		Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE		Nº da Carteira		Validade		Autorização	
Motivo do Atendimento ACIDENTE DE MOTO		Caráter do Atendimento URGÊNCIA		Profissional do Atend.		Procedência		Temp.	
Setor GRANDE TRAUMA		Tipo de Chegada SAMU CAPITAL		Procedimento Sol.		Registrado por: CLAUDECI.RODRIGUES		Peso Pressão	
Queixa Principal		☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue							
Anamnese de Enfermagem Acidente de moto - Fratura exposta em		GSC AO: 1 2 3 4 RV: 1 2 3 4 5 MRV: 1 2 3 4 5 6		TOTAL					
Anamnese - (HORA DA CONSULTA - ____:____h)		Paciente vítima de acidente de moto com fratura exposta em							
Exame Físico		BE, eufêmico, normoaurado, hidratado.							
Hipótese Diagnóstica		AR: MV(4) D/ RA LACV. RCR em 2TBNFSS							
SADT - Exames Complementares		ABD: Plano, RHA(4), flácido							
☐ RAIO-X ☐ ULTRA-SOM ☐ TCC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:		Ext: Diferença de nível de consciência contínua, com							
PRESCRIÇÃO		APRAZAMENTO		OBSERVAÇÃO					
1. Difenoxato 1g EV				19:10					
2. Gentamicina 240mg EV				fato					
3. SFA 0,9% 500mL EV									
4. Promed 100mg + SF 0,9% 100mL EV									
5. Rax X de orelha									
Conduta		☐ Alta por Decisão Médica ☐ Ambulatório		☐ Alta a Pedido ☐ Observação (Até 24h)					
☐ Alta a Revelia ☐ Internação		☐ Transferência para: Clínica		Data e Hora da Saída/Alta: _____					
óbito		Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não		Destino: ☐ Família ☐ IML		Anamnese Patológica CRM-RR 2127			
Assinatura do Paciente ou Responsável		Carimbo e Assinatura do Médico							
Impresso por: claudeci.rodrigues Data Hora: 29/03/2020 18:00:27									

Ortopedia

Paciente vítima Acidente Automobilístico
de Trauma em punho (D).

PR + Eterna com.

po trauma espondilose local e
tubo anterior, semi-continuidade
do fuso de fratura.

MD: fx ossos metacarpo.

on. curativo
inicialmente.

- Redução + encurtamento
encurtamento funcional de
maneira cirúrgica.

- Seguimento Hem.

Dr. Marcus Brunner
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1917/RR



Anexo I

Alto: 29/04/2020

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 _____

2 - CNES _____

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE HCR

4 - CNES _____

Identificação do Paciente

5 - NOME DO PACIENTE JARA KETHE JAMARA DA SILVA

6 - Nº DO PRONTUÁRIO 179324

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) 106504162656071

8 - DATA DE NASCIMENTO 29/02/92

9 - SEXO Masc. ☐ 1 Fem. ☒ 3

10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL Gracela Nery da Silva

11 - TELEFONE DE CONTATO 91545135614

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO) Rua Copacabana 238 Cj. Jardim Primavera

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA Joaquim

14 - COD. IBGE MUNICÍPIO 14000

15 - UF R

16 - CEP 169314200

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS Ex ramo e ulna distal

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO AS acima

19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS) Exames clínico + imagem

20 - DIAGNÓSTICO INICIAL Ex ramo e ulna distal

21 - CID 10 PRINCIPAL _____

22 - CID 10 SECUNDÁRIO _____

23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS _____

PROCEDIMENTO SOLICITADO

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO OSTEO SINTETISE

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. Elton Soares

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO 29/04/2020

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) Dr. Elton Soares

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 - 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 - COD. ÓRGÃO EMISSOR _____

45 - DOCUMENTO () CNS () CPF _____

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

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 29/04/20

48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) 0408020407
5526
W493

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR _____





GOVERNO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 23/04/2020 S

DADO RETHE TAMARA
DA SILVA

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: FX Ramba e uma hemia ⑤

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: AS Aclima

TIPO DE INTERVENÇÃO: OSTEODISTECTE

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: Aclima

CIRURGIÃO: DR. ELSEN

1º AUXILIAR: DR. ALBERTO

2º AUXILIAR: Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia CRM 1828/RR

INSTRUMENTADORA: DR. AUGUSTO

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

① PACIENTE EM DDH

② AA + CCE

③ ACESSO DE HEMILY SOBRE O FOCO DA FURTAÇÃO,
REDUÇÃO INCAVENTA + COLOCAÇÃO PINEA AT FURAS +
OS PARAFUSOS.

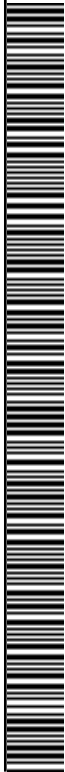
④ CONTROLE RANOSCOPIA

⑤ LMC

⑥ CURVA POR PLANOS

⑦ CURATIVO COMPRESSIVO + TALA

⑧ AO RPA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"Amazônia Patrimônio dos Brasileiros"

FICHA DE ANESTESIA

Vera Katlle Camara da Silva. 28a.

29/04/2020

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Nº

NÃO HOUVE

AGENTES	N 20	</																																												
---------	------	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

SIMBOLOS

AGENTES	DOSES	TÉCNICA	ANOTAÇÕES
A FENTANIL 100mcg		BLOQUEIO DE PLATO BRO -	X-CHECK LIST ANEST. OK.
B MIDAZOLAM 5mg		QUAL GUZADO POR USH	MONITOR: SpO2, FC, PND, ETC.
C PROPOFOL 50mg		VIA SUPRA CLAVICULAR	① AUP ② CN O2 2L/min
D BUPROFENONA 100mg		E AXILAR.	③ SPO2 - FENTANIL 100mcg
E LIDOCAINA 400mg		VENTILANDO ESPONTANEO	MIDAZOLAM 5mg
F			PROPOFOL 50mg
G			④ OPB - SUPRA
GLICOSE LIQUIDOS		Cânula - Naso / Oro Faringea	L BUPROFENONA 50mg
NDGD		Naso / Orotraqueal - Cega	L LIDOCAINA 200mg
SANGUE		Bal - Tamp - Calibre do Tubo	- AXILAR
Sf 0.9% 1500ml		Sob Máscara	L LIDOCAINA 200mg
		Dificuldade Técnica NÃO HOUVE	BUPROFENONA 50mg
TOTAL 1500ml		TEMPO DE ANESTESIA	
OPERAÇÃO			
OSTEOSINTET DE OSSOS DO ANTEBRAÇO			
ANESTESIA	CÓDIGO	CIRURGIÃO	PERDA SANGÜINEA
LAGUDES + R. BRUNO		DR ALBERTO	COMPARTIM.
Medes Marques P. Filho			⑤ CEFOTAXIMA 2g EV.
Médico Anestesiologista			⑥ PISAPLO
CRM 690-RR			

Laríngio - Espasmo - Excesso Secre
Depressão Respiratória - Hipoxia
"Bucking" - VômitoHemorragia - Arritmia
Bradi Taquicardia - Choque

PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: _____				Enf.: _____				Leito: _____				Serv.: _____			
Sexo: _____				Cor: _____				Idade: _____				Peso: _____			
Alt: _____				Classe: _____				Data: ____/____/____				Hora: _____			
Diagn. Pré-OP: _____								Patrol Assoc.: _____							
Clt. Proposta: _____															
Anest. Ant: _____															
Alergia: _____															
Alcool: _____ Fumo: _____															
DROGAS: (Corticóide, fenotiazínico, hipotensor, narcotráfico, hipotico, digitálico, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfá, casopressor, (MAO, outros)															
Estado Mental _____ Boca _____															
Pescoço _____ Velas _____															
RX _____															
Feses _____															
Hepatograma _____															
Outros _____															
Perecer Clínico _____															
PA _____ Pulso _____ Temperatura _____															

Sangue Tipo: _____				Leuc: _____				Ht: _____				Hb: _____			
Hm _____				tc _____				ts _____				p. Laço _____			
r. Coag. _____				Pq _____				Uréia _____							
creat _____				Glic _____				Na _____				mEq/l _____			
Cl _____				mEq/1k _____				mEq/1pH _____				pO2 _____			
pCO2 _____				BA _____				BB _____				BS _____			
BE _____															
URINA: d _____ pH _____ glic _____ Alb _____															
Sedim _____															
Ap. gon. Uri _____															
AP. Resp. _____															
AP. Circ _____															
AP. Digt _____															
S. Osteo - Art _____															
S. Nerv _____															
S. Endoc _____															

Est. Fis (ASA) _____				AN. Proposta _____			
NB _____							

Assinatura _____			
------------------	--	--	--

PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO	NA ENFERMARIA
Data <u>20/07/2020</u> Hora <u>10:21</u> Paciente <u>Sam guires</u> <u>Aldrete 10/10</u> <u>Alto de S.R.D</u> <u>As Bases</u> <u>Amor</u> Assinatura	Data <u> / / </u> Hora <u> : </u> Assinatura





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE		ID: 28	APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
YANA LETTE CAMILA DA SILVA		302.7	179329	29 / 04 / 20	
CIRURGIA					
TIPO			TEMPO DE DURAÇÃO		
OST. F.UT. ANTEBOMBO ①			INICIO	FIM	TEMPO TOTAL
			8:28	9:15	
EQUIPE MÉDICA					
CIRURGIÃO		ANESTESISTA:		DR. EDEDES	
1º AUXILIAR		RES. ANESTESIA:		R3. BRUNO	
2º AUXILIAR		INSTRUMENTADOR			
		CIRCULANTE		EUANDE / DAHLA	
TIPO DE ANESTESIA: BFB					
TEMPO DE DURAÇÃO:					
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
□	PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.		□	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
□	PACOTES GAZE			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
□	LUVA ESTERIL 7.0			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
□	LUVA ESTERIL 7.5		1	FIO VICRYL Nº 2-0	
□	LUVA ESTERIL 8.0		1	FIO MONONYLON Nº 2-0	
□	LUVA ESTERIL 8.5			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
□	LUVAS P/ PROCEDIMENTOS TAM M			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		1	FIO SEDANº EQUIPO MACROBOTAS	
1	SERINGA 01ML AGULHA 40x12		1	SURGICEL ELETRODOS	
	SERINGA 03ML		1	CERA PROSSO CATETER 02	
	SERINGA 05 ML		20ml	KIT CATARATA Nº ALCOOL 70%	
1	SERINGA 10ML		20ml	GEOFOAM DEGERMANTE	
1	SERINGA 20ML		1	FITA CARDIACA ATA DURA CREPON 20cm	
20ml	LIDOCANA		1	OUTROS: ESCOVA P/ DEGERMANTE	
20ml	NOVABON S/VASO		1	ATA DURA GESSANA 20cm	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS			DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR (A)			ALGODÃO OST. 20cm		
ENFERMEIRA CHEFE			MATERIAL MEDICAMENTOS		
BRUNO			SUB- TOTAL		
30 ELNA			TAXA DE SALA		
FUNÇÃOÁRIO/CÁLCULOS			TAXA DE ANESTESIA		
CIRCULANTE DE SALA			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: ORTO PEDIA		Procedimento Realizado: OST. F.M.T. ANTE BRASO (D)	
Nome do Paciente: LANA KETHE CANAIA DA SILVA		IDADE: 22	SEXO: F (X) M ()	Nº do Prontuário 12.913.24	Data 29/04/20
Bloco: C	Enfermaria: 302	Leito: 2	Nº da Sala 01	Circulante de Sala: CUBO 05 / B.H.U.	
CAIXAS/ EQUIPAMENTOS UTILIZADOS NO PROCEDIMENTO: PEQUENOS FRAGMENTOS					
Dados dos materiais/Serviço					

Hospital Geral de Roraima ()		Dados Adicionais:	Marca:
ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM		QUANT
	PLAIA BOLT "BIO" DE 3-7 FOLHAS ✓		01
	PARAFUSO CORTICAL N 14		04
	" " " 16		01
	" " " 18		01
	" " " 20		01
	PARAFUSO AUTOLÓGICA BLOQ. 14 ✓		02

MÉDICO CIRURGIÃO: DR. ALBERTO

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1828/RR

MÉDICO CIRURGIÃO: DR. ALBERTO

1º AUXILIAR: 02. 02. 02

INSTRUMENTADOR:

[illegible]

INSTRUMENTADOR:

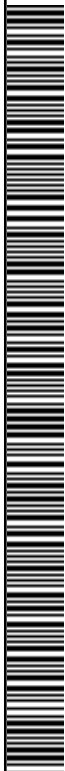
1º AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR: _____
VIA- PRONTUARIO DO PACIENTE

OPME/CME

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





Nome: Yara Kithy Lorenzada da Silva

Data de Nasc: 29 / 02 / 52

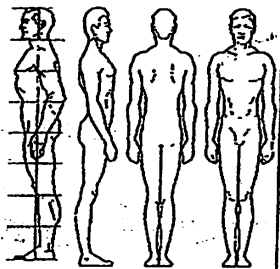
Idade: 28

Setor/Leito: 302-04

Date: 28-10-2020

Termo de Consentimento Cirurgia: () Sim (X) Não

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

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO	INTRA-OPERATÓRIO					SRPA									
Cirurgia Proposta:	Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia	Anestesia	Cirurgia	Sinais Vitais							
	7:50	8:05	8:28	9:15		B.P.O.	Ext. fratura antebraço D	Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR	
1. Informações:	Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento	Localização		0'	36.1	67	120/77	99	08	0	
Jejum (☒ Sim) (☐ Não)	CST. FMT. ANTERIORES		B.P.B.		D.D.	1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acesso venoso 5. Outros:		-15'	36.5	69		100	10	0	
Prótese (☐ Sim) (☒ Não)	Hidratação Infundida		Antibióticoterapia		Hemoderivados			30'							
Exames (☒ Sim) (☐ Não)	SF 0.9%: ☒		Nome: CEFTRIAXONA		CH: ☒			45'							
Reserva UTI (☐ Sim) (☒ Não)	SG 5%:		Dose: 2 G		Plasma: ☒			1h							
Lateralidade (☒ Sim) (☐ Não)	Outros:		Hora: 8:00		Plaquetas: ☒			01:30 h							
PNE (☐ Sim) (☒ Não)	N° de Compressas oferecidas: 12		N° de Compressas recolhidas: 12		Anátomo Patológico: ☒ Não			2 h							
Alergia (☐ Sim) (☒ Não)	Exames na SO:		() Ht () Hb () Hemograma () RX		() Sim			Observações:							
Qual:	() Gasometria () Outros:				N° Peças: ☒										
Reserva de Hemoderivado: () Sim (☒ Não)	Legenda:		1. Eletrodos		() Cultura										
Outros:	2. Oxímetro		3. Manguito PA		() Outros:										
2. Chegou ao Centro Cirúrgico:	3. Placa de Bisturi		4. Incisão												
(☒ Deambulando) (☐ Não)	4. Cateter O2		5. Venoclise												
(☐ Com Suporte de O2)	6. Dreno		7. SNG/SNE												
(☐ TOT)	7. Garrote		8. Garrote												
(☐ Agitado)	8. SVD		9. SVD												
3. Sinais Vitais:	9. Outros:		10. Outros:												
T °C	11. TOT (☒ Não) (☐ Sim) N°		12. SVD (☒ Não) (☐ Sim) N°												
R rpm	13. Outros:														
FC bpm	Sinais Vitais: Saída da SO														
PA mmHg	T °C		R rpm												
SAT %	PA mmHg		SAT %												
(☒ Regular) (☐ Irregular)	() Regular () Irregular														
4. Anotações (Admissão do Paciente):	Destino: (☒ SRPA) (☐ UTI) (☐ outros:)														
(☒ Admitido p/ cirurgia)															
(☐ Admitido para observação)															
(☐ Admitido para tratamento)															
(☐ Admitido para diagnóstico)															
(☐ Admitido para avaliação)															
(☐ Admitido para monitorização)															
(☐ Admitido para suporte vital)															
(☐ Admitido para cuidados paliativos)															
(☐ Admitido para cuidados de fim de vida)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde pública)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde comunitária)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde ambiental)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde ocupacional)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde reprodutiva)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde mental)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde física)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde integral)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde baseada em evidências)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde baseada em valores)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde baseada em princípios éticos)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde baseada em respeito à dignidade humana)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde baseada em promoção da saúde)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde baseada em prevenção de doenças)															
(☐ Admitido para cuidados de saúde baseada em recuperação precoce)			</												

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019



PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	HORÁRIO E CHECKAGEM
☒ Risco de Queda Prevenir queda	() Manter grades elevada na RPA	☒
☒ Risco de Broncoaspiração Prevenir Broncoaspiração	() Monitorar nível de Consciência reflexo de tosse, náuseas e capacidade de deglutir na RPA	☒
☒ Risco de Infecção Prevenir infecção evitável	() Observar condição de incisão cirúrgica e cateteres a cada 15 minutos na primeira hora e sucessivamente a cada 30 minutos () Monitorar sinais e sintomas de infecção (edema, hiperemia, calor, rubor e hipertermia)	☒
☒ Risco de Desequilíbrio do Volume de Líquidos Manter o equilíbrio hídrico, eletrolítico e ácido – básico	() Monitorar temperatura e comunicar alterações () Monitorar sinais e sintomas de hipotermia (queda de temperatura, tremor) e de hipertermia (aumento de temperatura, rubor facial e sudorese)	☒
☒ Risco de Glicemia Instável Prevenir ocorrências de hiperglicemia e de hipoglicemia	() Verificar condições de hidratação do paciente (mucosas, edema, pulso e frequência cardíaca) () Realizar controle de débito de glicemia capilar, se prescrito. Comunicar se abaixo de 65 mg/dl e acima de 150 mg/dl	☒
☒ Integridade da pele prejudicada Propiciar a recuperação adequada da pele	() Observar condições da pele do paciente e comunicar alterações () Observar condições do curativo e comunicar presença de sangramento / secreções	☒
☒ Mobilidade Física prejudicada	() Proporcionar alinhamento do corpo do paciente	☒
☒ Dor aguda Controle da dor e promover conforto	() Observar alterações de sinais vitais (pressão arterial, temperatura, frequência cardíaca e respiração) () Administrar medicação conforme prescrição médica	☒
☒ Padrão Respiratório Ineficaz Proporcionar troca gasosa adequada e manter permeabilidade das vias aéreas	() Observar padrão respiratório (frequência e amplitude) e anotar () Instalar cateter de O2 conforme prescrição médica	☒
☒ Náuseas Controle / Ausência de náusea	() Observar, anotar e comunicar queixas de náuseas () Administrar os medicamentos antieméticos, conforme prescrição	☒
☒ Ansiedade Controle de ansiedade	() Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	☒
() Confusão Aguda / Crônica	() Fornecer informação sobre o procedimento / ambiente	
() Comunicação Verbal prejudicada	() Orientar paciente / família sobre os cuidados no pós operatório	

Pac. admitido na SD de pl. Antecedentes ~~cardíacos~~ ~~conhecidos~~ est. fracture de antebraço @. Jo trêmido
sem intercorrências me. e STD.

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019



LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome Yonaketh camara dasilva
Responsável Cirurgião DR. ALBERTO
DR. EUDER

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

PACIENTE CONFIRMOU:

- ☒ Identidade
☒ Sítio Cirúrgico
☒ Procedimento
Consentimento ☐ Sim ☐ Não

RISCO CIRÚRGICO

☐ Aplica ☒ Não se Aplica

SÍTIO DEMARCADO

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

☒ Não ☐ Sim, Qual: NENHUMA

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO

☒ Não
☐ Sim, e equipamento/assistência disponíveis

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml

☒ Não
☐ Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento para fluidos RODRIGO

Data 29/04/2020

Assinatura

Hora: 07:30h

ANTES DA INCISÃO

Anestesista DR. EUDER

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

☒ REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

☐ REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

☐ Não se aplica

☒ Sim,

Qual: ceftriaxona 2g Hora: 8:10

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

☒ Sim

☐ Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

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

1- O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO

☒ Sim ☐ Não

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

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplicam

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

☐ Sim ☒ Não ☐ Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO

☐ Sim ☒ Não

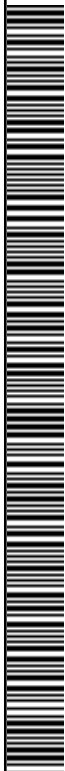
O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES

☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Assinatura e Carimbo

69381





28/04/2020

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

302-7 C

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		231985-9			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE		4 - CNES			
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - HGR		231985-9			
Identificação do Paciente					
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº. DO PRONTUÁRIO	
YARA KETHE CAMARA DA SILVA				00179324	
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)		8 - DATA DE NASCIMENTO		9 - SEXO	
706304762656071		29/02/1992		3 - Feminino	
11 - NOME DA MÃE		10 - RAÇA / COR		10.1 - ETNIA	
GISELA NEVES DA SILVA		PARDA			
13 - NOME DO RESPONSÁVEL		12 - TELEFONE DE CONTATO			
YARA KETHE CAMARA DA SILVA		(95) 99135-6149			
15 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)		14 - TELEFONE DE CONTATO			
RUA: CAPRICORNIO - 238 - AP - JARDIM PRIMAVERA		(95) 99135-6149			
16 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA		17 - COD. IBGE MUNICÍPIO		18 - UF	
BOA VISTA		140010		RR	
				19 - CEP	
				69.314-206	
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					
28/04/2020					
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					
52 - Nº. DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR					
48 - DOCUMENTO					
49 - Nº. DOCUMENTO (CNS / CPF) PROFISSIONAL AUTORIZADOR					
☐ CNS ☐ CPF					
50 - DATA DA AUTORIZAÇÃO					
51 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº. DO REGISTRO DO CONSELHO)					



302-7.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	JANA KETHE TAMARA DA SILVA				
AGNÓSTICO					
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO	302-7	DATA		
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				SND
3	SF 0,9% 500ML EV S/N				Manhã
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H				S/N
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1XDIA				12h
6	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				06
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0.9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4				S/N 14:35
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h				S/N
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N				12h
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H				S/N
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H				Susp. Susp.
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
13	SSVV + CCGG 6/6 H				12h
14	CURATIVO DIÁRIO				12h
15					
16	ALTA HOSPITALAR				
17	AS 15:00				15:00
18					
19					
20					
21					

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	120x90	79	20	36°C
18 H	110x70	77	21	36°C
24 H				

Don Martins
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 CRM 2038

Realizando em S.S.U.V. paciente comunicativa,
 feita a Medicação conforme a Rx.
 Sem queixas. T. Amorim





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



RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Yara Kethe Tamara Da Silva, 28 ANOS,
 DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 29 / 03 / 20, COM
 DIAGNÓSTICO DE Fratura De Racho Distal (D)
 NO DIA 29 / 04 / 20, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
Osteossíntese De fratura De Racho Distal (D) SENDO
 OPERADO PELO DR. Elder E DR. Alberto
 RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 29 / 04 / 20, AS _____, EM
 BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.
 COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
 CORONEL MOTA NO DIA 18 / 05 / 20, AS 14,00h, COM O
 DR. Elder
Agendar na Recepção #02

ORIENTAÇÕES GERAIS :

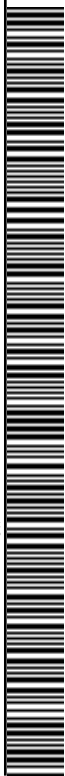
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

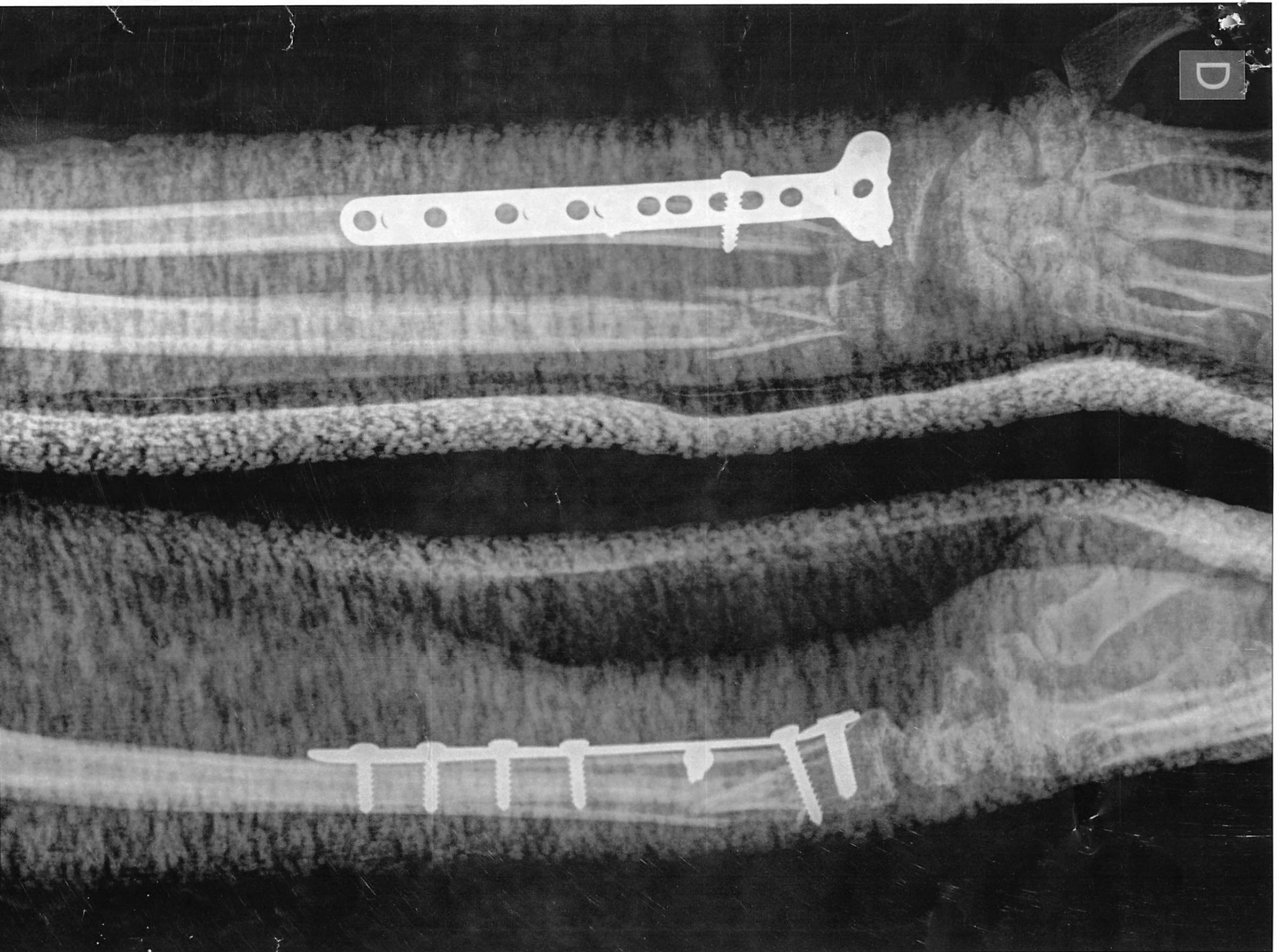
PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. Odemir

BOA VISTA, 29 / 04 / 20

Dr. Odemir
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM: 19571/RJ

MÉDICO





08/05/2020

Tam real

08/05/2020

Tam real

YARA KETHE TAMARA DA SILVA 3748

HOSPITAL CORONEL MOTA

Marcos



22/12/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: PRONTUARIO MEDICO





RECEITUÁRIO

NOME:

[illegible]

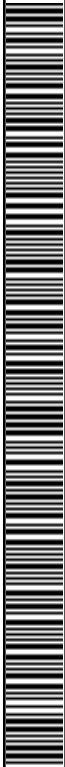
DATA:

ASSINATURA E CARIMBO

(0xx95) 98404-9631

Carlos Eduardo de C. Guerra
Ortopedia / Trauma-Acupuntura
CRM-RR 589

19/09/2020





Thiago Amorim

Advogados Associados

Seguradora Líder-DPVAT Acomp: x

seguradoralider.com.br/Pages/Acompanhe-o-Processo-de-Indenizacao.aspx

PAGUE SEGURO

Como Pagar
Consulta a Pagamentos Efetuados

ACOMPANHE O PROCESSO

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

SINISTRO 3200313867 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA YARA KETHE CAMARA DA SILVA
COBERTURA Invalidez
PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A
BENEFICIÁRIO YARA KETHE CAMARA DA SILVA
CPF/CNPJ: 00716762285

Posição em 08-12-2020 18:41:36

Desculpe. No momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Por gentileza, [Clique aqui](#) e registre uma solicitação para que possamos checar mais detalhes sobre seu caso. Em até 72 horas, entraremos em contato.

Data do Pagamento	Valor da Indenização	Juros e Correção	Valor Total
14/09/2020	R\$ 1.687,50	R\$ 0,00	R\$ 1.687,50

Histórico das correspondências enviadas

Data da Carta	Referência	Ver Carta
01/10/2020	REANÁLISE DO PEDIDO DO SEGURO DPVAT	
05/09/2020	ABERTURA DE PEDIDO DE SEGURO DPVAT	