

**PROCURAÇÃO AD JUDICIA ET EXTRA**

**OUTORGANTE(S):**

*ANEMILSA ALVES TEIXEIRA, brasileira, solteira, Do lar, portadora da Cédula de Identidade nº 15391 SSP/RR inscrita no CPF sob o nº 112.440.462-72, residente e domiciliada na Rua Águia, nº 184. Bairro: São Bento, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.*

**OUTORGADO(S):**

*RAFAELA SANTANA NOGUEIRA, brasileira, solteira, advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº 1654, com escritório na Avenida Adalberto Bezerra de Menezes, nº 1458, Bairro Caçari, na cidade de Boa Vista, Estado de Roraima.*

**PODERES:**

*A quem confere os poderes da cláusula ad judicium et extra para, agindo em conjunto ou individualmente, independentemente da ordem de nomeação, representar o Outorgante em qualquer Juízo, Instância ou Tribunal, bem como promover umas e outras até final decisão, interpondo recursos, recebendo e dando quitação; exigir, desistir, transigir, firmar compromissos e acordos; reconhecer a procedência de pedidos; renunciar ao direito sobre o que se fundamente qualquer ação; habilitar em precatório; oferecer representação criminal e queixa-crime, requerer, levantar e receber alvarás de quaisquer espécies, enfim, todos os atos indispensáveis ao fim a que se destina este mandato, que poderá ser substabelecido no todo ou em parte, com ou sem reserva de iguais poderes, podendo promover todos os demais atos processuais necessários até final liquidação de sentença.*

*Boa Vista-RR, 24 de Agosto de 2018.*

*Anemilza Alves Teixeira*  
**OUTORGANTE**

*OK*

**DECLARAÇÃO**

**ANEMILSA ALVES TEIXEIRA**, brasileira, solteira, Do lar, portadora da Cédula de Identidade nº 15391 SSP/RR, inscrita no CPF sob o nº 112.440.462-72, residente e domiciliada na Rua Águia, nº 184. Bairro: São Bento, nesta cidade de Boa Vista, Estado de Roraima. **DECLARA** para os devidos fins de direito e em especial para obter os benefícios da Justiça Gratuita, na forma do art. 2º, § Único e art. 4º, § 1º, ambos da Lei nº 1.060/50, que não disponho de recursos que me permita demandar em Juízo, sem prejuízo de meu próprio sustento e de minha família.

*E por ser a expressão da verdade, assino o presente e dou fé.*

*Boa Vista-RR, 24 de Agosto de 2018.*

Anemilsa Alves Teixeira  
**DECLARANTE**

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

INSCRIÇÃO  
Cadastral  
**15391**

DATA DE  
EXPIRAÇÃO  
**15/06/2018**

NOME  
**ANEMILSA ALVES TEIXEIRA**

DATA DE  
NASCIMENTO  
**24/05/1952**

PLACAR  
**LUIZ HENRIQUE TEIXEIRA**  
**FRANCISCA ALVES TEIXEIRA**

LOCALIDADE  
**CARACARAÍ - RR**

CERTIDÃO NASC  
**152 LIV 4-02**

CIDADE  
**CARACARAÍ - RR**

CPF  
**112.440.462-72**

2ª VIA

ANEXO  
**ANEXOS MOCHAS TRIANI**  
Pessoa Física - Pessoa Física - Client

LEI Nº 7.116 DE 29/06/03

PI

PROIBIDO FALSIFICAR

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA  
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO COLOU DINIZ



Polgar Direito



*Anemilsa Alves Teixeira*  
ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE



**Eletrobras**  
Distribuição Roraima

Para contato com a Eletrobras, ligue este NÚMERO

**STV CÓDIGO**  
0119434-4

Distribuição Roraima  
Av. Capitão Ezequiel, 661 - Centro - Boa Vista - RR  
CEP: 69.000-000  
CNPJ: 02.361.478/0001-44 | Insc. Estadual: 24.089.622-3  
Nota Fiscal: 1 - Centro de Energia Elétrica - Selo 9-1  
Regime especial de tributação adotado pela RCFAZ 368/13

NP da Nota Fiscal: 001121739  
A Tabela Tarifária de Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 39.438 de 26 de abril de 2002.

|            |            |     |        |
|------------|------------|-----|--------|
| JULHO/2018 | 06/08/2018 | 150 | 107,95 |
|------------|------------|-----|--------|

**ANEMILSA ALVES TEIXEIRA**  
 R. AGUIA 184 Q 315 LT 144 SAO BENTO  
 CPF: 80811244046272  
 CEP: 69.315-682 - BOA VISTA

ROT: 8.001.16.20.220000

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |            |       |           |       |                    |       |                |     |                  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |            |           |            |                 |            |         |            |              |            |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|-------|-----------|-------|--------------------|-------|----------------|-----|------------------|----------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------------|-----------|------------|-----------------|------------|---------|------------|--------------|------------|
| <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Atividade</td> <td style="width: 50%;">14335</td> </tr> <tr> <td>Atividade</td> <td>14185</td> </tr> <tr> <td>Consumo de Medição</td> <td>1,000</td> </tr> <tr> <td>Consumo Medido</td> <td>150</td> </tr> <tr> <td>Consumo Faturado</td> <td>150 FCAM</td> </tr> </table> | Atividade  | 14335 | Atividade | 14185 | Consumo de Medição | 1,000 | Consumo Medido | 150 | Consumo Faturado | 150 FCAM | <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 50%;">Atividade</td> <td style="width: 50%;">19/07/2018</td> </tr> <tr> <td>Atividade</td> <td>19/06/2018</td> </tr> <tr> <td>Proxima Entrega</td> <td>21/08/2018</td> </tr> <tr> <td>Entrega</td> <td>18/07/2018</td> </tr> <tr> <td>Apresentação</td> <td>19/07/2018</td> </tr> </table> | Atividade | 19/07/2018 | Atividade | 19/06/2018 | Proxima Entrega | 21/08/2018 | Entrega | 18/07/2018 | Apresentação | 19/07/2018 |
| Atividade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 14335      |       |           |       |                    |       |                |     |                  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |            |           |            |                 |            |         |            |              |            |
| Atividade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 14185      |       |           |       |                    |       |                |     |                  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |            |           |            |                 |            |         |            |              |            |
| Consumo de Medição                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 1,000      |       |           |       |                    |       |                |     |                  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |            |           |            |                 |            |         |            |              |            |
| Consumo Medido                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 150        |       |           |       |                    |       |                |     |                  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |            |           |            |                 |            |         |            |              |            |
| Consumo Faturado                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | 150 FCAM   |       |           |       |                    |       |                |     |                  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |            |           |            |                 |            |         |            |              |            |
| Atividade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 19/07/2018 |       |           |       |                    |       |                |     |                  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |            |           |            |                 |            |         |            |              |            |
| Atividade                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 19/06/2018 |       |           |       |                    |       |                |     |                  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |            |           |            |                 |            |         |            |              |            |
| Proxima Entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 21/08/2018 |       |           |       |                    |       |                |     |                  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |            |           |            |                 |            |         |            |              |            |
| Entrega                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | 18/07/2018 |       |           |       |                    |       |                |     |                  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |            |           |            |                 |            |         |            |              |            |
| Apresentação                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 19/07/2018 |       |           |       |                    |       |                |     |                  |          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |           |            |           |            |                 |            |         |            |              |            |

**NORMAL**

| Classificação | Uso  | Relatório Medidor | Ponto     | Código Tar. | Medida (kWh) |
|---------------|------|-------------------|-----------|-------------|--------------|
| RESIDENCIAL   | MONO | F2728934          | L 1508409 | 1.1.1.1     | 231          |

| Consumo | Valor | Consumo | Valor |
|---------|-------|---------|-------|
| JUN/18  | 206   | JUN/18  | 206   |
| MAI/18  | 190   | MAI/18  | 190   |
| ABR/18  | 122   | ABR/18  | 122   |
| MAR/18  | 323   | MAR/18  | 323   |
| FEV/18  | 252   | FEV/18  | 252   |
| JAN/18  | 213   | JAN/18  | 213   |
| DEZ/17  | 223   | DEZ/17  | 223   |
| NOV/17  | 245   | NOV/17  | 245   |
| OUT/17  | 240   | OUT/17  | 240   |
| SET/17  | 249   | SET/17  | 249   |

**TARIFA DE DISTRIBUIÇÃO**  
 0 A 150 - 0,436779

| Consumo                        | Valor                | Consumo                        | Valor |
|--------------------------------|----------------------|--------------------------------|-------|
| CONSUNTO                       | 150 A R\$ 0,568081 = | CONSUNTO                       | 85,21 |
| CORRECAO MONETARIA DA 05/18-00 |                      | CORRECAO MONETARIA DA 05/18-00 | 0,02  |
| CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 |                      | CORRECAO MONETARIA IG 05/18-00 | 0,45  |
| MULTA POR ATRASO DE 1 05/18-00 |                      | MULTA POR ATRASO DE 1 05/18-00 | 0,55  |
| JUROS DE MORA POR ATR 05/18-00 |                      | JUROS DE MORA POR ATR 05/18-00 | 0,13  |
| MULTA POR ATRASO 05/18-00      |                      | MULTA POR ATRASO 05/18-00      | 2,17  |
| JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00 |                      | JUROS DE MORA DE IMPO 05/18-00 | 0,79  |
| ILUMINACAO PUBLICA             |                      | ILUMINACAO PUBLICA             | 18,63 |

**RESUMO DA FATURA**

| Me. Ano | Valor R\$ | Valor R\$ |
|---------|-----------|-----------|
| 06/2018 | 138,03    | 138,03    |

CASO HAJA COBRANÇA DE SERVIÇOS DE TERCEIROS EM SUA FATURA (LEVO) P  
 COEF. SER CANCELADA EM NOSSOS CANAIS DE ATENDIMENTO.  
 LIG 0800701910 E FAÇA O CADASTRO VENCIMENTO 1-6 11 16 21 26

**RESUMO DO PREÇO** 207F. 680E. FC/7B. 7E00. FCA9. 83D9. 1CA0. EAF3

| Consumo      | Valor | Consumo      | Valor |
|--------------|-------|--------------|-------|
| Distribuição | 25,71 | Distribuição | 25,71 |
| Energia      | 41,11 | Energia      | 41,11 |
| Transmissão  | 0,00  | Transmissão  | 0,00  |
| Encargos     | 1,71  | Encargos     | 1,71  |
| Tributos     | 16,68 | Tributos     | 16,68 |

| Consumo         | Valor  | Consumo         | Valor  |
|-----------------|--------|-----------------|--------|
| Gravidade       | 85,21  | Gravidade       | 85,21  |
| Margem Fatura   | 17,00% | Margem Fatura   | 17,00% |
| Valor do ICMS   | 14,48  | Valor do ICMS   | 14,48  |
| Valor do PIS    | 0,38   | Valor do PIS    | 0,38   |
| Valor do COFINS | 1,82   | Valor do COFINS | 1,82   |



## **SINISTRO 3180489864 - Resultado de consulta por beneficiário**

**VÍTIMA ANEMILSA ALVES TEIXEIRA**

**COBERTURA** Invalidez

**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**

**INDENIZAÇÃO SEGURADORA S/A**

**BENEFICIÁRIO ANEMILSA ALVES TEIXEIRA**

**CPF/CNPJ:** 11244046272

**Posição em 30-10-2018 09:48:34**

Desculpe, no momento, não conseguimos localizar informações com os dados que você forneceu. Clique [Aqui](#) e nos envie um e-mail para que possamos checar melhor o seu caso. Entraremos em contato com você para informar a situação do seu pedido de indenização.

| <b>Data do Pagamento</b> | <b>Valor da Indenização</b> | <b>Juros e Correção</b> | <b>Valor Total</b> |
|--------------------------|-----------------------------|-------------------------|--------------------|
| 30/10/2018               | R\$ 2.362,50                | R\$ 0,00                | R\$ 2.362,50       |

99148-8943

99146-9577

OK



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

## BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031310/2018

### DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 04/08/2018 22:49 Data/Hora Fim: 04/08/2018 23:26  
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: 809277 Data: 04/08/2018  
Delegado de Polícia: Marcus Antonio de Paiva Albano Junior

### DADOS DA OCORRÊNCIA

Ato: Plantão Central  
Data/Hora do Fato: 04/08/2018 17:55  
Local do Fato  
Município: Boa Vista (RR)  
Logradouro: AVENIDA CENTENÁRIO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 OUT 2018

Bairro: Centenário  
Nº: S/N

Tipo do Local: Via Pública

Natureza

20005: Acidente Com Lesões

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 104 - Boa Vista - RR

Mero(s) Empregado(s)

Não Houve

### ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: ANEMILSA ALVES TEIXEIRA (VÍTIMA)

Nacionalidade: Brasileira

Sexo: Feminino

Idade: 66

Profissão: Aposentado

Estado Civil: Solteiro(a)

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Logradouro: RUA SÃO VICENTE

Bairro: CINTURÃO VERDE

Nº 119

DAT  
Confere com original  
Data: 08/10/2018  
Assinatura

Razão Social: POLÍCIA MILITAR DO ESTADO DE RORAIMA (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Endereço

Município: Boa Vista - RR

Givanildo da Silva Vieira  
Agente Carcerária de Polícia Civil  
Mat. 042000908

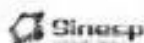
### OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

### RELATO/HISTÓRICO

SENHOR DELEGADO:

INFORMO QUE FOMOS ACIONADOS VIA CIOPS PARA ATENDER UMA OCORRÊNCIA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO NO ENDEREÇO SUPRACITADO. NO LOCAL FOMOS INFORMADOS PELA VÍTIMA QUE A MESMA TRAFEGAVA PELA AVENIDA CENTENÁRIO EM SUA BICICLETA (NÃO INFORMADO A MARCA E MODELO) QUANDO NA ALTURA DA RUA ODEIR VIANA, FOI TENTAR ATRAVESSAR A AVENIDA CENTENÁRIO, MOMENTO EM QUE FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA QUE SE EVADIU DO LOCAL, NÃO SENDO POSSÍVEL SUA IDENTIFICAÇÃO. INFORMO AINDA QUE O SAMU ESTEVE NO LOCAL E REMOVEU A VÍTIMA PARA O PRNTO SOCORRO FRANCISCO ELESBÃO. QUE TODAS ESSAS INFORMAÇÕES FORAM REPASSADAS PELA VÍTIMA. ERA O QUE TINHA A RELATAR.



Delegado de Polícia Civil: Marcus Antonio de Paiva Albano Junior  
Impressão por: Givanildo da Silva Vieira  
Data de Impressão: 08/10/2018 11:49  
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Sistema de Procedimentos de Polícia

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 031310/2018

ASSINATURAS

Edenilson Vieira do Nascimento  
Responsável pelo Abandono

"Declaro para os devidos fins de direito que sou (sou) (s) responsável (s) pelas informações acima relacionadas e declaro que posso responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origin, conforme previsto nos Artigos 318-Denúnciação Calúnia e 346-Consulência Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

DAT  
Confere com original  
Data: 08 / 10 / 2018  
Assinatura: *Givanildo da Silva Vieira*  
Givanildo da Silva Vieira  
Agente Carcerária de Polícia Civil  
Mat. 042000908



|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |                                |                        |                   |              |                                                 |                       |                 |                 |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------|--------------------------------|------------------------|-------------------|--------------|-------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|-----------------|--|--|
| <b>PMRR - CIPTUR</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                 |                                |                        |                   |              | <b>RELATÓRIO DE OCORRÊNCIA POLICIAL SÉRIE I</b> |                       |                 |                 |  |  |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                 |                                |                        |                   |              | <b>Nº 809277</b>                                |                       |                 |                 |  |  |
| <b>Vtr</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>SUCp</b>                     | <b>Data</b>                    | <b>S/Setor</b>         | <b>H/Transm</b>   | <b>H/ini</b> | <b>CH/h</b>                                     | <b>H/Fin</b>          |                 |                 |  |  |
| CIP 01                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | CIPTUR                          | 04/08/18                       | LESTÉ                  | 17:38             | 17:38        | 17:55                                           | 18:49                 |                 |                 |  |  |
| <b>Cód. Oc.</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Cód. Prov.</b>               | <b>Cód. Ser. Prest.</b>        | <b>Kml.</b>            | <b>KmF.</b>       |              |                                                 |                       |                 |                 |  |  |
| 1004                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | 13023/13999                     | XXXX                           | 18905                  | 18916             |              |                                                 |                       |                 |                 |  |  |
| <b>LOCAL DA OCORRÊNCIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 |                                |                        |                   |              |                                                 |                       |                 |                 |  |  |
| <b>AV:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>CENTENÁRIO</b>               | <b>Nº S/Nº</b>                 | <b>Bairro:</b>         | <b>CENTANÁRIO</b> | <b>Ref:</b>  | <b>XXXXXX</b>                                   |                       |                 |                 |  |  |
| <b>PESSOAS RELACIONADAS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                 |                                |                        |                   |              |                                                 |                       |                 |                 |  |  |
| <b>1 VITIMA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | <b>Nome:</b>                    | <b>ANEMILSA ALVES TEIXEIRA</b> |                        |                   |              | <b>Idade:</b>                                   | <b>66</b>             | <b>E Civil:</b> | <b>SOLTEIRA</b> |  |  |
| <b>Endereço:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>RUA SÃO VICENTE, Nº 119</b>  |                                |                        |                   |              | <b>Bairro:</b>                                  | <b>CINTURÃO VERDE</b> |                 |                 |  |  |
| <b>RG:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>15391-SSP/RR</b>             | <b>CNH:</b>                    | <b>XXXXXXXXXX</b>      |                   |              | <b>Profissão:</b>                               | <b>APOSENTADA</b>     |                 |                 |  |  |
| <b>CPF:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>112.440.462-72</b>           | <b>Telefone:</b>               | <b>XXXXXX XXXXXXXX</b> |                   |              |                                                 |                       |                 |                 |  |  |
| <b>2 XXXXX</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      | <b>Nome:</b>                    | <b>XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</b> |                        |                   |              | <b>Idade:</b>                                   | <b>XX</b>             | <b>E Civil:</b> | <b>XXXX</b>     |  |  |
| <b>Endereço:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>1XXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXXX</b> |                                |                        |                   |              | <b>Nº XX</b>                                    | <b>Bairro:</b>        | <b>XXXXX</b>    |                 |  |  |
| <b>RG:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <b>XXXXXXXXXX</b>               | <b>CNH:</b>                    | <b>XXXXXXXXXX</b>      |                   |              | <b>Profissão:</b>                               | <b>XXXXXXXXXX</b>     |                 |                 |  |  |
| <b>CPF:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>XXXXXXXXXXXX</b>             | <b>Telefone:</b>               | <b>XXXXXXXXXX</b>      |                   |              |                                                 |                       |                 |                 |  |  |
| <b>VEICULOS ENVOLVIDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                 |                                |                        |                   |              |                                                 |                       |                 |                 |  |  |
| <b>RECEBI OS CONDUZINDOS E MATERIAIS ACIMA ANOTADOS: NÃO HOUE CONDUZIDO OU MATERIAL APREENHIDOS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                 |                                |                        |                   |              |                                                 |                       |                 |                 |  |  |
| <b>ASSINATURA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | <i>Rodrigo R. Saldade</i>       |                                |                        |                   | <b>CARGO</b> | <i>Pt. Pol. Civil</i>                           |                       | <b>LOCAL</b>    | <i>et</i>       |  |  |
| <b>HISTÓRICO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                 |                                |                        |                   |              |                                                 |                       |                 |                 |  |  |
| <p><b>SENHOR DELEGADO (a)</b></p> <p>INFORMO QUE ACIONADO VIA CIOPS PARA ATENDER A UMA OCORRENCIA D<br/>ACIDENTE DE TRANSITO NO ENDEREÇO SUPRACITADO, NO LOCAL FOI INFORMADO PELA VITIM<br/>RELACIONADA NO ITEM 01 DESTA ROP, QUE A MESMA TRAFEGAVA PELA AVENIDA CENTANÁRIO<br/>CONDUZINDO UMA BÍCILCETA QUE NÃO FOI INFORMADO A MARCA/MODELO, QUANDO N<br/>ALTURA DA RUA ODEIR VIANA, FOI TENTAR ATRAVESSAR A AVENIDA CENTANARIO, MOMENTO<br/>QUE FOI ATROPELADA POR UMA MOTOCICLETA QUE SE EVADIU DO LOCAL, NÃO SENDO<br/>POSSIVEL SUA IDENTIFICAÇÃO.</p> <p>INFORMO AINDA QUE O SAMU ESTEVE NO LOCAL E REMOVEL A VITIMA PARA O PSE<br/>QUE TODAS AS INFORMAÇÕES DESTA RELATÓRIO FORAM FOI PASSADAS PELA VITMA<br/>ERA O QUE TINHA A RELATAR.</p> |                                 |                                |                        |                   |              |                                                 |                       |                 |                 |  |  |
| <div style="float: right; border: 1px solid black; padding: 5px;"> <b>POLÍCIA MILITAR - RR</b><br/> <b>CPC-P2-P3</b><br/> <b>CONFERE COM ORIGINAL</b><br/> <b>DATA 05/10/18</b><br/> <i>F. David Amara</i> </div>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                 |                                |                        |                   |              |                                                 |                       |                 |                 |  |  |
| <b>ANTONIO R. VICENTE DA SILVA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | <b>40.721-6</b>                 | <b>2ºSGT/PM</b>                | <b>CIPTUR</b>          |                   |              |                                                 |                       |                 |                 |  |  |
| <b>Nome</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | <b>Matrícula</b>                | <b>Posto/Grad</b>              | <b>Und</b>             | <b>Assinatura</b> |              |                                                 |                       |                 |                 |  |  |



## DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 0221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva e de fala)

### INFORMAÇÕES PARA PREENCHIMENTO:

É necessário o preenchimento completo de todos os campos com os dados da VÍTIMA e do seu REPRESENTANTE LEGAL\* (caso seja aplicável) sem rasuras. O Representante Legal\* é obrigatório para os seguintes casos:

**Casos com vítima entre 0 a 15 anos** - O Representante Legal é representado pelo pai, mãe ou tutor. Apenas o Representante deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal");

**Casos com vítima entre 16 e 17 anos** - Neste caso, é necessário que a vítima seja assistida por um Representante Legal (pai, mãe ou tutor). O formulário deverá ser assinado pela vítima menor de idade no campo 1 ("Assinatura da Vítima") e também por seu Representante Legal no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

**Casos com vítima interditada com curador** - Neste caso em específico, apenas o Representante Legal deverá assinar a declaração no campo 2 ("Assinatura do Representante Legal").

Nome Completo da Vítima

Anemilza Alves Teixeira

CPF da Vítima

112.540.562-72

Data do Acidente

04/08/18

### REPRESENTANTE LEGAL DA VÍTIMA

Nome completo do Representante Legal

CPF do Representante legal

Email

Telefone (DDD)

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.194/74), uma vez que:

#### Assinalar uma das opções abaixo:

- ☐ Não há estabelecimento do IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- ☒ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza perícias para fins de prova do Seguro DPVAT; ou
- ☐ O estabelecimento do IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza perícias com prazo superior a 90 (noventa) dias do respectivo pedido.

Com o objetivo de permitir o exame do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, para a cobertura de invalidez permanente causada diretamente por veículo automotor de via terrestre, solicito que esta declaração permita o prosseguimento da análise da minha documentação sem a apresentação do laudo do Instituto Médico Legal-IML, concordando, desde já, em me submeter à perícia médica às custas da Seguradora Líder DPVAT para a correta avaliação da existência e aferição do grau da lesão, ou lesões, para os fins do §1º do art. 3º da Lei nº 6.194/74.

Declaro ainda estar ciente de que a autorização para a realização dessa perícia não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

Bac Vista, 10 de Outubro de 2018

Local e Data

Anemilza Alves Teixeira

Campo 1 - Assinatura do Beneficiário

Campo 2 - Assinatura do Representante Legal



08 *Morano* *Almona* 414/3

|                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                 |           |      |               |  |                                                                                     |                           |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------|------|---------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------|
|  <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> |                                                                                                                                                                                                                                                 |           |      |               |  |  |                           |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                 |           |      |               |  |                                                                                     |                           |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                 | DIH       |      | DN            |  |                                                                                     |                           |
| PACIENTE                                                                                                                                                              | <i>ANEMLIA p/ver textura</i>                                                                                                                                                                                                                    |           |      |               |  |                                                                                     |                           |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                           | <i>Fissura do osso da perna (E)</i>                                                                                                                                                                                                             |           |      |               |  |                                                                                     |                           |
| ALERGIAS                                                                                                                                                              | HAS                                                                                                                                                                                                                                             | NEGA      | DM2  | NEGA          |  |                                                                                     |                           |
| IDADE                                                                                                                                                                 | LEITO                                                                                                                                                                                                                                           | <i>08</i> | DATA | <i>5/3/18</i> |  |                                                                                     |                           |
| ITEM                                                                                                                                                                  | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                                      |           |      |               |  |                                                                                     | HORÁRIO                   |
| 1                                                                                                                                                                     | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                                                |           |      |               |  |                                                                                     | <i>SNP</i>                |
| 2                                                                                                                                                                     | AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia                                                                                                                                                                                                                        |           |      |               |  |                                                                                     | <i>22</i>                 |
| 3                                                                                                                                                                     | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                                                                                                                                                           |           |      |               |  |                                                                                     | <i>1/2 - 18 - 21 - 06</i> |
| 4                                                                                                                                                                     | TILATIL 20mg 12/12hs                                                                                                                                                                                                                            |           |      |               |  |                                                                                     | <i>20 - 08</i>            |
| 5                                                                                                                                                                     | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N <i>(S/NP)</i>                                                                                                                                                                                                           |           |      |               |  |                                                                                     | <i>50 - 08</i>            |
| 6                                                                                                                                                                     | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                                                                                                                                                        |           |      |               |  |                                                                                     | <i>50 - 08</i>            |
| 7                                                                                                                                                                     | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                                                                                                                                                                      |           |      |               |  |                                                                                     | <i>50</i>                 |
| 8                                                                                                                                                                     | RANITIDINA 50MG EV 8/8HS                                                                                                                                                                                                                        |           |      |               |  |                                                                                     | <i>14 - 22 - 06</i>       |
| 9                                                                                                                                                                     | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                                                                                                                                                                     |           |      |               |  |                                                                                     | <i>SN</i>                 |
| 10                                                                                                                                                                    | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                                               |           |      |               |  |                                                                                     | <i>notar</i>              |
| 12                                                                                                                                                                    | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG                                                                                                                                                                                             |           |      |               |  |                                                                                     | <i>SN</i>                 |
| 14                                                                                                                                                                    | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                                                 |           |      |               |  |                                                                                     | <i>SN</i>                 |
| 15                                                                                                                                                                    | <i>Paracetamol 500mg VO 6/6h (S/N)</i>                                                                                                                                                                                                          |           |      |               |  |                                                                                     | <i>50 - 08</i>            |
| 16                                                                                                                                                                    | <i>Eupromil 20mg 1cp VO 12/12h (S/N)</i>                                                                                                                                                                                                        |           |      |               |  |                                                                                     | <i>22 - 10</i>            |
| 17                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                 |           |      |               |  |                                                                                     | <i>17:30</i>              |
| 18                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                 |           |      |               |  |                                                                                     |                           |
| 19                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                 |           |      |               |  |                                                                                     |                           |
| 20                                                                                                                                                                    | <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b><br><b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br><b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%</b><br><b>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |           |      |               |  |                                                                                     |                           |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Ao bloco para programação cirúrgica

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
  
18 OUT 2018  
  
GENTE SEGURADORA S/A  
R. Capão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

**NIR**  
Regulado  
para leito  
*414-3*  
Requisição Interna

2 de SET 2018  
Certifico e Declaro que a presente  
está de acordo com a prescrição  
e a evolução médica do paciente.

| SINAIS VITAIS | PA            | FC        | Temp        | FR        |
|---------------|---------------|-----------|-------------|-----------|
| 6 H           |               |           |             |           |
| 12 H          | <i>135/85</i> | <i>85</i> | <i>36.5</i> |           |
| 18 H          | <i>142/93</i> | <i>92</i> | <i>36.5</i> | <i>16</i> |
| 24 H          | <i>116/82</i> |           |             |           |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

*17:30h - Cliente repete dor. Medicação conforme item (15) e (16) conforme a prescrição médica.*

*Edmilson Fernandes Sousa*  
MORR 667.608 - TE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAIS CONSUMIDOS EM CIRURGIA

|                                                                                 |                                          |                                           |                            |                                                |       |
|---------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------|-------------------------------------------|----------------------------|------------------------------------------------|-------|
| IDADE DO PACIENTE<br><i>66 anos</i>                                             |                                          | APT OU LEITO<br><i>414.3</i>              | Nº DO PRONTUÁRIO           | DATA<br><i>09/08/18</i>                        |       |
| CIRURGIA                                                                        |                                          |                                           |                            |                                                |       |
| TIPO<br><i>Redução de Fratura de Ulna</i>                                       |                                          | Tempo DE DURAÇÃO                          |                            | TEMPO TOTAL                                    |       |
|                                                                                 |                                          | INICIO<br><i>22:33</i>                    | FIM<br><i>23:15</i>        |                                                |       |
| EQUIPE MÉDICA                                                                   |                                          |                                           |                            |                                                |       |
| ENFERMEIRO<br><i>Dr. Honorato</i>                                               | ANESTESISTA:<br><i>Dr. Edino</i>         |                                           |                            |                                                |       |
| AUXILIAR<br><i>Dr. Paulo</i>                                                    | RES. ANESTESIA:<br><i>Dr. Bruno A.L.</i> |                                           |                            |                                                |       |
| AUXILIAR<br><i>Dr. Paulo</i>                                                    | INSTRUMENTADOR<br><i>Dr. Edino</i>       |                                           |                            |                                                |       |
|                                                                                 |                                          | CIRCULANTE<br><i>Dr. Edino, Dr. Bruno</i> |                            |                                                |       |
| G DE ANESTESIA: <i>Raque</i>                                                    |                                          | TEMPO DE DURAÇÃO:                         |                            |                                                |       |
| ANT.                                                                            | MATERIAIS                                | VALOR                                     | QUANT                      | MEDICAMENTOS                                   | VALOR |
| <i>1</i>                                                                        | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID.              |                                           | <i>1</i>                   | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO <i>500ml</i>         |       |
| <i>1</i>                                                                        | PACOTES GAZE                             |                                           |                            | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO                   |       |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 7.0                         |                                           |                            | FRASCOS- SORO GLICOSADO                        |       |
| <i>1</i>                                                                        | LUVA ESTERIL 7.5                         |                                           |                            | FIO VICKRYL Nº                                 |       |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 8.0                         |                                           |                            | FIO MONONYLON Nº                               |       |
|                                                                                 | LUVA ESTERIL 8.5                         |                                           |                            | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº                      |       |
| <i>0</i>                                                                        | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS                   |                                           |                            | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº                      |       |
| <i>1</i>                                                                        | LÂMINA BISTURI Nº 15                     |                                           |                            | FIO CATGUT SIMPLES Nº                          |       |
|                                                                                 | DRENO DE SUÇÃO Nº                        |                                           |                            | FIO CATGUT CROMADO Nº                          |       |
|                                                                                 | DRENO DE TORAX Nº                        |                                           |                            | FIO PROLENE Nº                                 |       |
|                                                                                 | DRENO DE PENROSE Nº                      |                                           |                            | FIO SEDA Nº                                    |       |
|                                                                                 | SERINGA 01ML                             |                                           |                            | SURGICEL                                       |       |
|                                                                                 | SERINGA 03ML                             |                                           |                            | CERA P/ OSSEO                                  |       |
|                                                                                 | SERINGA 05 ML                            |                                           |                            | KIT CATAPATA Nº                                |       |
|                                                                                 | SERINGA 10ML                             |                                           |                            | GEOFOAM                                        |       |
|                                                                                 | SERINGA 20ML                             |                                           |                            | FITA CARDIACA                                  |       |
|                                                                                 |                                          |                                           |                            | OUTROS:                                        |       |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                                          |                                           | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE |                                                |       |
| INSTRUMENTADOR (A)<br><i>Dr. Edino</i>                                          |                                          | ENFERMEIRA CHEFE<br><i>Edino</i>          |                            | MATERIAL MEDICAMENTOS                          |       |
| CIRCULANTE DE SALA<br><i>Edino</i>                                              |                                          | CIRCULANTE DE SALA<br><i>Edino</i>        |                            | SUB-TOTAL                                      |       |
| ENCIONÁRIO/CÁLCULOS                                                             |                                          | ENCIONÁRIO/CÁLCULOS                       |                            | TAXA DE SALA                                   |       |
|                                                                                 |                                          |                                           |                            | TAXA DE ANESTESIA                              |       |
|                                                                                 |                                          |                                           |                            | SOMA                                           |       |
|                                                                                 |                                          |                                           |                            | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE          |       |
|                                                                                 |                                          |                                           |                            | GENTE SEGURADORA S/A                           |       |
|                                                                                 |                                          |                                           |                            | Av. Capitão João Bezerra, 424 - Boa Vista - RR |       |

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Amílcar da Silva Teixeira  
Responsável: Surgeiro / Anestesiologista / Físico

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

PACIENTE CONFIRMOU:  
( ) Identificação  
( ) Siteo Cirúrgico  
( ) Procedimento  
Consentimento: ( ) Sim ( ) Não

RISCO CIRÚRGICO  
( ) Aplicar ( ) Não se Aplica

TESTE DEMARCADO  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
CONCLUIR

EXAMEN TO DE PULSO NO PACIENTE EM  
FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:  
ALERGIA CONHECIDA  
( ) Não ( ) Sim, Qual: Alérgico

ÁREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO  
( ) Não ( ) Sim, e equipamento/assistência disponíveis

QUANTO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml  
( ) Não ( ) Sim, e se: o equipamento adequado e planejamento para fluidos de 500 ml

Assinatura: Amílcar da Silva Teixeira Hora: 22:00h

ANTES DA INCISÃO

Anestesiista: Amílcar da Silva Teixeira

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  
( ) Siteo 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: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
( ) Sim  
( ) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE  
OPERAÇÕES

SALA DE OPERAÇÕES

SALA DE OPERAÇÕES

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  
PATOLOGICA ESTÁ IDENTIFICADA  
(INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)  
( ) Sim ( ) Não ( ) Não se Aplica

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO  
PARA SER RESOLVIDO  
( ) Sim ( ) Não

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

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo

Assinatura e Carimbo



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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

|                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       |       |       |      |            |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                     | 04/08/2018                                            | DIH   |       | DN   | 24/05/1952 |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                             | ANEMILSA ALVES TEIXEIRA                               |       |       |      |            |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                            | FRATURA TIBIA E FIBULA ESQUERDO                       |       |       |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                             | HAS                                                   |       | DM2   |      |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                | 66                                                    | LEITO | 414-3 | DATA | 13/08/2018 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                 | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                    | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |      | S/N        |
| 2                                                                                                                                                                                                                                    | AVP                                                   |       |       |      | manhã      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                    | CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS                              |       |       |      | 18h        |
| 7                                                                                                                                                                                                                                    | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |       |       |      |            |
| 8                                                                                                                                                                                                                                    | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |      |            |
| 9                                                                                                                                                                                                                                    | PARACETAMOL 500MG V.O 1 X AO DIA                      |       |       |      |            |
| 10                                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |      |            |
| 11                                                                                                                                                                                                                                   | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |       |      |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                                   | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |       |       |      |            |
| 13                                                                                                                                                                                                                                   | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS                          |       |       |      |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                                   | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |       |       |      |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                                   | CURATIVO DIÁRIO                                       |       |       |      |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                                   | ALERGIA AO DIPIRONA                                   |       |       |      |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |
| <p><b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br/>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br/>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br/>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</p> |                                                       |       |       |      |            |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

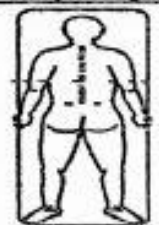
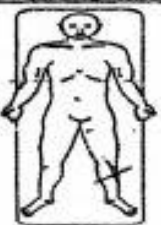
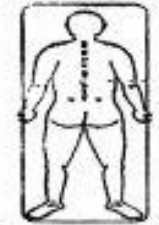
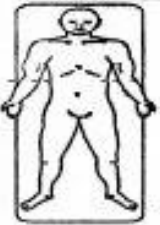
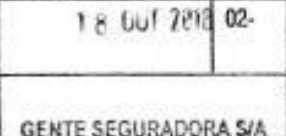
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO  
18/08/2018  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 114 - Boa Vista - RR

| SINAIS VITAIS |        |       |       |        |
|---------------|--------|-------|-------|--------|
| 6 H           | 120/80 | FC 80 | FR 20 | 36°C   |
| 12 H          | 120/80 | 82    | 20    | 36,1°C |
| 18 H          | 139/84 | 83    | 19    | -      |
| 24 H          | 159/51 | 80    | -     | 36,6°C |

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

|                                                                                  |                                                                        |                |            |                                              |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------|------------|----------------------------------------------|
|  | <b>Acompanhamento das Feridas</b><br><b>Comissão de Curativo - HGR</b> | Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Última Atualização:<br><b>Fevereiro 2013</b> |
|                                                                                  | Atualizada: Janeiro / 2015                                             |                |            |                                              |
|                                                                                  | <b>ENF/LEITO: 414-3</b>                                                |                |            |                                              |

|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|-----------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Anelisa Alves Teixeira</u>                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
| DATA: <u>24/08/18</u>                                                       | Localização / Região: <u>M.T.E</u><br><div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>                                  | DATA:                                                                       | Localização / Região:<br><div style="display: flex; justify-content: space-around;">   </div>                                |
| <input type="checkbox"/> GRAU - I<br><br><input type="checkbox"/> GRAU - II | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: | <input type="checkbox"/> GRAU - I<br><br><input type="checkbox"/> GRAU - II | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: |
| Tamanho da Ferida:                                                          | Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                                          | Tamanho da Ferida:                                                          | Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                               |
| Aparência do Leito:                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                   | Aparência do Leito:                                                         | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara                                                                                                                                   |
| Quantidade de Exsudato                                                      | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                           | Quantidade de Exsudato                                                      | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                |
| Tipo de exsudato:                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo                                                                                                             | Tipo de exsudato:                                                           | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo                                                                                                             |
| Olor:                                                                       | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                     | Olor:                                                                       | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                     |
| Condição da pele Perilesional:                                              | <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:                                                                                      | Condição da pele Perilesional:                                              | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras:                                                                                      |
| Solução para limpeza                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                       | Solução para limpeza                                                        | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                  |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão)                                | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Biclin AG</u>                                                            | Cobertura primária (Contato direto na lesão)                                | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro:                                                                             |
| Hora do curativo:                                                           | <input type="checkbox"/> Manhã <input checked="" type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                      | Hora do curativo:                                                           | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                      |
| Data da Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs                              | 01- <u>29/08/2018</u><br>02- <u>30/08/2018</u>                                                                                                                                                                                                                                                                | Data da Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs                              | 01- <u>18 OUT 2018</u><br>02-                                                                                                                                                                                                                                                                      |
| Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem                                           | 01-  02-                                                                                                                                | Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem                                           | 01-  02-                                                                                                                                                                                                       |
| Carimbo e Assinatura Enfermeiro                                             | 01-  02-                                                                                                                                | Carimbo e Assinatura Enfermeiro                                             | 01-  02-                                                                                                                                                                                                       |
| OBS:                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | OBS:                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |
|                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.

*Alergico a Dipirone* **414-3**

|                                                                                   |                                             |  |  |  |                                                                                    |                                                                                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------|--|--|--|------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|
|  | <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b>            |  |  |  |  |  |
|                                                                                   | <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b>       |  |  |  |                                                                                    |                                                                                     |
|                                                                                   | <b>Serviço de Ortopedia e Traumatologia</b> |  |  |  |                                                                                    |                                                                                     |
|                                                                                   | <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                    |  |  |  |                                                                                    |                                                                                     |

|                  |            |     |  |    |            |
|------------------|------------|-----|--|----|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 04/08/2018 | DIH |  | DN | 24/05/1952 |
|------------------|------------|-----|--|----|------------|

|          |                         |  |  |  |  |
|----------|-------------------------|--|--|--|--|
| PACIENTE | ANEMILSA ALVES TEIXEIRA |  |  |  |  |
|----------|-------------------------|--|--|--|--|

|           |                                 |  |  |  |  |
|-----------|---------------------------------|--|--|--|--|
| AGNÓSTICO | FRATURA TIBIA E FIBULA ESQUERDO |  |  |  |  |
|-----------|---------------------------------|--|--|--|--|

|          |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|
| ALERGIAS |  |  |  |  |  |
|----------|--|--|--|--|--|

|       |    |     |  |     |  |
|-------|----|-----|--|-----|--|
| IDADE | 66 | HAS |  | DM2 |  |
|-------|----|-----|--|-----|--|

|       |       |      |            |  |  |
|-------|-------|------|------------|--|--|
| LEITO | 414-3 | DATA | 15/08/2018 |  |  |
|-------|-------|------|------------|--|--|

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|------------|---------|
|------|------------|---------|

|   |                  |  |
|---|------------------|--|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE |  |
|---|------------------|--|

|   |     |  |
|---|-----|--|
| 2 | AVP |  |
|---|-----|--|

|   |                          |  |
|---|--------------------------|--|
| 4 | CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS |  |
|---|--------------------------|--|

|   |                                 |  |
|---|---------------------------------|--|
| 7 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N |  |
|---|---------------------------------|--|

|   |                         |  |
|---|-------------------------|--|
| 8 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N |  |
|---|-------------------------|--|

|   |                                  |  |
|---|----------------------------------|--|
| 9 | PARACETAMOL 500MG V.O 1 X AO DIA |  |
|---|----------------------------------|--|

|    |                                                       |  |
|----|-------------------------------------------------------|--|
| 10 | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |  |
|----|-------------------------------------------------------|--|

|    |                                                     |  |
|----|-----------------------------------------------------|--|
| 11 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG |  |
|----|-----------------------------------------------------|--|

|    |                                     |  |
|----|-------------------------------------|--|
| 12 | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N |  |
|----|-------------------------------------|--|

|    |                              |  |
|----|------------------------------|--|
| 13 | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS |  |
|----|------------------------------|--|

|    |                   |  |
|----|-------------------|--|
| 14 | SSVV + CCGG 6/6 H |  |
|----|-------------------|--|

|    |                 |  |
|----|-----------------|--|
| 15 | CURATIVO DIÁRIO |  |
|----|-----------------|--|

|    |                     |  |
|----|---------------------|--|
| 16 | ALERGIA AO DIPIRONA |  |
|----|---------------------|--|

|    |  |  |
|----|--|--|
| 17 |  |  |
|----|--|--|

|    |  |  |
|----|--|--|
| 18 |  |  |
|----|--|--|

|    |  |  |
|----|--|--|
| 19 |  |  |
|----|--|--|

|    |  |  |
|----|--|--|
| 20 |  |  |
|----|--|--|

|  |                                                         |  |
|--|---------------------------------------------------------|--|
|  | <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), |  |
|--|---------------------------------------------------------|--|

|  |                                                             |  |
|--|-------------------------------------------------------------|--|
|  | CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; |  |
|--|-------------------------------------------------------------|--|

|  |                                                             |  |
|--|-------------------------------------------------------------|--|
|  | 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE |  |
|--|-------------------------------------------------------------|--|

|  |                                   |  |
|--|-----------------------------------|--|
|  | 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |  |
|--|-----------------------------------|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

|  |  |  |
|--|--|--|
|  |  |  |
|--|--|--|

# **EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMACÃO DE CIRURGIA: NAO

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RS

| SINAIS VITAIS |        |    |    |       |
|---------------|--------|----|----|-------|
| 6 H           | PA     | FC | FR | T     |
| 12 H          | 133/83 | 80 |    | 36,5° |
| 18 H          | 130/60 | 80 | 20 | 36,6  |
| 24 H          |        |    |    |       |

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

7 as 13:00 Administrado medicação com  
Verificado SSVV Téo Roseiro





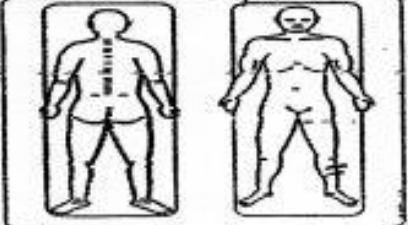
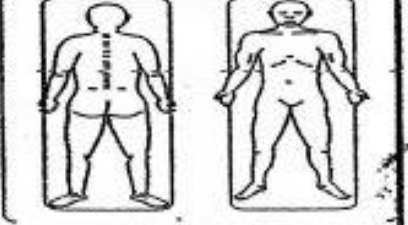
**Acompanhamento das Feridas**  
**Comissão de Curativo - HGR**

Protocolo nº 1 | Versão: 06 | Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENF/LEITO:

414.3

|                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Ana Mila Alves</u>                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| DATA: <u>15/08/18</u><br><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região: <u>pernoço</u><br>                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| DATA:<br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                            | Localização / Região:<br>                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Etiologia                                                                                                   | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV<br><input type="checkbox"/> Venosa<br><input type="checkbox"/> Arterial<br><input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> oncológica<br><input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica<br><input type="checkbox"/> Trauma<br><input type="checkbox"/> outra:                                                       | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV<br><input type="checkbox"/> Venosa<br><input type="checkbox"/> Arterial<br><input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> oncológica<br><input type="checkbox"/> cirúrgica<br><input type="checkbox"/> Trauma<br><input type="checkbox"/> outra: |
| Tamanho da Ferida:                                                                                          | Comprimento: _____ cm<br>Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Comprimento: _____ cm<br>Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                                                |
| Aparência do Leito:                                                                                         | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação<br><input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                                                                                                  | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação<br><input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico<br><input type="checkbox"/> Escara                                                                                                                                              |
| Quantidade de Exsudato                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo<br><input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado<br><input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> seco, mínimo<br><input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado<br><input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                           |
| Tipo de exsudato:                                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> Seroso<br><input type="checkbox"/> Fibrinoso<br><input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento<br><input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Seroso<br><input type="checkbox"/> Fibrinoso<br><input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento<br><input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                                    |
| Cor:                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Sim<br><input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Sim<br><input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                        |
| Odor:                                                                                                       | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura<br><input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto<br><input checked="" type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                                                                                      | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura<br><input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto<br><input type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                                |
| Condição da pele Periférica:                                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Macerada<br><input type="checkbox"/> seca<br><input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido<br><input type="checkbox"/> Outras:                                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Normal<br><input type="checkbox"/> Macerada<br><input type="checkbox"/> seca<br><input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido<br><input type="checkbox"/> Outras:                                                                                           |
| Solução para limpeza                                                                                        | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4%<br><input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Outra:                                                                                                                                                                                        | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Outra:                                                                                                                                             |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão)                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze<br><input type="checkbox"/> Fibrinase<br><input type="checkbox"/> AGE<br><input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> Outra:                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> Gaze<br><input type="checkbox"/> Fibrinase<br><input type="checkbox"/> AGE<br><input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> Outra:                                                                                     |
| Hora do curativo:                                                                                           | <input type="checkbox"/> Manhã<br><input checked="" type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | <input type="checkbox"/> Manhã<br><input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                                    |
| Data da Próxima troca:                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Em caso de + de 24hs                                                                                        | Diário<br>Adonilde Vieira Araújo<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-RR 965 152 TE                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | 01-<br>02-                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |
| Imbo e ass. Téc. em Enfermagem                                                                              | Vanessa da Silva Moraes<br>Técnica de Enfermagem<br>COREN-RR 965 152 TE                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
| OBS:                                                                                                        | OBS:<br><div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;">                     ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br/>                     CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br/>                     18 OUT 2018<br/>                     GENTE SEGURADORA S/A<br/>                     Av. Capitão João Bezerra, 414 - Boa Vista - RR                 </div> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas deverão ser evoluídas separadamente.

|                                                                                                                                    |  |                                                                       |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------|--|
| <b>SUS</b> <b>Sistema Único de Saúde</b> <b>Ministério de Saúde</b>                                                                |  | <b>LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR</b> |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE                                                                                          |  |                                                                       |  |
| 1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE                                                                                   |  | 2 - CNES                                                              |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE                                                                                    |  | 4 - CNES                                                              |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                                                                          |  | 6 - Nº DO PRONTUÁRIO                                                  |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE<br><i>Unimata Alina Leal</i>                                                                                  |  | 9 - SEXO<br><i>F</i>                                                  |  |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)                                                                                                 |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO<br><i>24/05/52</i>                             |  |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL                                                                                                 |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO Nº DO TELEFONE                               |  |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)                                                                                                    |  | 14 - CDD. IBGE MUNICÍPIO                                              |  |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                                                                                       |  | 15 - UF                                                               |  |
|                                                                                                                                    |  | 16 - CEP                                                              |  |
| <b>JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO</b>                                                                                                 |  |                                                                       |  |
| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS<br><i>Intussuscepção de Pequena e Média</i>                                             |  |                                                                       |  |
| 18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO<br><i>Hb. Causado</i>                                                                   |  |                                                                       |  |
| 19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)<br><i>K. + E. Mucosa</i>                       |  |                                                                       |  |
| 20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO<br><i>Intussuscepção de Pequena e Média (E. H. Mucosa)</i>                                           |  |                                                                       |  |
| 21 - CDD 10 PRINCIPAL 22 - CDD 10 SECUNDÁRIO 23 - CDD 10 CAUSA AGORA                                                               |  |                                                                       |  |
| <b>PROCEDIMENTO SOLICITADO</b>                                                                                                     |  |                                                                       |  |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br><i>Intussuscepção de Pequena e Média</i>                                              |  |                                                                       |  |
| 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                                                                                        |  |                                                                       |  |
| 26 - CLÍNICA 27 - CARTEIRA DA INTERNAÇÃO 28 - DOCUMENTO 29 - Nº DOCUMENTO                                                          |  |                                                                       |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |  |                                                                       |  |
| <b>PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES, VIOLÊNCIAS)</b>                                                                |  |                                                                       |  |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO 35 - ACIDENTE DE TRABALHO ATÍPICO                                       |  |                                                                       |  |
| 36 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 37 - Nº DO BILHETE 38 - SÉRIE                                                                       |  |                                                                       |  |
| 39 - CNPJ DA SEGURADORA 40 - CNPJ DA EMPRESA 41 - CDDR                                                                             |  |                                                                       |  |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA 43 - EMPREGADO 44 - DESEMPREGADO 45 - APOSENTADO 46 - NÃO SEGURADO                                  |  |                                                                       |  |
| <b>AUTORIZAÇÃO</b>                                                                                                                 |  |                                                                       |  |
| 47 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR 48 - CDD. ORÇÃO EMISSOR                                                                      |  |                                                                       |  |
| 49 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                                                                            |  |                                                                       |  |
| 50 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR<br><i>0408050500</i><br><i>5822</i><br><i>W499</i>                                 |  |                                                                       |  |





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 16.08.18 O.S. \_\_\_\_\_

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

12 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S/A

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura do P. de Tarsal  
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Detecção de fratura do P. de Tarsal  
T.O. DE INTERVENÇÃO: Fixação cirúrgica  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: O mesmo.

CIRURGIÃO: Jonathan  
2º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTAS: \_\_\_\_\_  
ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_ DURAÇÃO: \_\_\_\_\_

Dr. Jonathan C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião de Joelho  
CRM-RR 143272

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1) P. de Tarsal do P. de Tarsal  
2) fratura de art. superior e inferior do P. de Tarsal  
3) fratura de art. superior e inferior do P. de Tarsal  
4) fratura de art. superior e inferior do P. de Tarsal  
5) fratura de art. superior e inferior do P. de Tarsal  
6) fratura de art. superior e inferior do P. de Tarsal  
7) fratura de art. superior e inferior do P. de Tarsal



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

### FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                         |              |                  |              |
|-------------------------|--------------|------------------|--------------|
| NOME DO PACIENTE        | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA         |
| Anemilia Alves Teixeira | 414/3        |                  | 16 / 08 / 18 |

| CIRURGIA          |        | TEMPO DE DURAÇÃO |             |
|-------------------|--------|------------------|-------------|
| TIPO              | INICIO | FIM              | TEMPO TOTAL |
| Cesariane de feto | 21:24  | 22:45            |             |

| EQUIPE MÉDICA   |                          |
|-----------------|--------------------------|
| CIRURGIÃO       | Dr. Jnóbis               |
| 1º AUXILIAR     | Dr. Pablo R.             |
| 2º AUXILIAR     |                          |
| ANESTESISTA:    | Dr. Celina               |
| RES. ANESTESIA: | R. Marcos                |
| INSTRUMENTADOR  |                          |
| CIRCULANTE      | Samuel / Raimundo / Nany |

|                              |                   |
|------------------------------|-------------------|
| TEMPO DE ANESTESIA: Raimundo | TEMPO DE DURAÇÃO: |
|------------------------------|-------------------|

| QUANT.                              | MATERIAIS                   | VALOR | QUANT.                              | MEDICAMENTOS                     | VALOR |
|-------------------------------------|-----------------------------|-------|-------------------------------------|----------------------------------|-------|
| <input checked="" type="checkbox"/> | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. |       | <input type="checkbox"/>            | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500 ml |       |
| <input type="checkbox"/>            | PACOTES GAZE                |       | 1                                   | Camisa X-Map e/interfer          |       |
|                                     | LUVA ESTERIL 7.0            |       |                                     | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO     |       |
| 7                                   | LUVA ESTERIL 7.5            |       |                                     | FRASCOS- SORO GLICOSADO          |       |
|                                     | LUVA ESTERIL 8.0            |       | 1                                   | FIO VICRYLNº 0                   |       |
|                                     | LUVA ESTERIL 8.5            |       | <input type="checkbox"/>            | FIO MONONYLON Nº 2.0             |       |
|                                     | LUVAS P/ PROCEDIMENTOS      |       |                                     | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº        |       |
| 1                                   | LÂMINA BISTURINº 21         |       |                                     | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº        |       |
|                                     | DRENO DE SUÇÃO Nº           |       |                                     | FIO CATGUT SIMPLES Nº            |       |
|                                     | DRENO DE TORAX Nº           |       |                                     | FIO CATGUT CROMADO Nº            |       |
|                                     | DRENO DE PENROSE Nº         |       |                                     | FIO PROLENE Nº                   |       |
|                                     | SERINGA 01ML                |       | <input type="checkbox"/>            | Atadura                          |       |
|                                     | SERINGA 03ML                |       | 1                                   | Algodão ortopédico               |       |
| 1                                   | SERINGA 05 ML               |       |                                     | CERA P/ OSSO                     |       |
| 7                                   | SERINGA 10ML                |       | 1                                   | Agulha Raimundo nº 27            |       |
|                                     | SERINGA 20ML                |       | 15ml                                | Alcool 70%                       |       |
| <input type="checkbox"/>            | Caixa de Anestesia          |       | 1                                   | cateter O2                       |       |
|                                     |                             |       | <input checked="" type="checkbox"/> | Estetoscópio                     |       |
|                                     |                             |       |                                     | 15cm 8 parâmetros                |       |

| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                          | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE                 |                                       | VALOR     |
|---------------------------------------------------------------------------------|--------------------------|--------------------------------------------|---------------------------------------|-----------|
| INSTRUMENTADOR (A)                                                              | ENFERMEIRA CHEFE         | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT                  | MATERIAL MEDICAMENTOS                 |           |
|                                                                                 | Exa: Celina / Jorgelina  | CONTEÚDO NÃO VERIFICADO                    |                                       |           |
| FUNCIONÁRIO/CALCULOS                                                            | CIRCULANTE DE SALA       | 18 OUT 2018                                | TAXA DE SALA                          | SUB-TOTAL |
|                                                                                 | Samuel / Raimundo / Nany |                                            | TAXA DE ANESTESIA                     |           |
|                                                                                 |                          | GESE SEGURADORA S/A                        |                                       | SOMA      |
|                                                                                 |                          | Dr. Carlos João Bezerra, H. de Mello, 2018 | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE |           |



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia:

Tipo Cirurgia:

OSTEOSINTESE DE TIBIA (E)

Data: 16/08/18 Nº. DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

Paciente: ANAMILIA ALVES Idade: 66

Bloco: D Enfermaria 414 Leito: 03

Caixa: CRONICA TRATAMENTO HIGIENADO Nº \_\_\_\_\_

Circulante: SANUEL RAIMUNDO Sala: 04

Conferência Expurgo CME: \_\_\_\_\_

Materia! Utilizado:

1 PLACA DCP 08 FUROS  
PARAFUSOS - CORTICAL 2,0 L 22,4, 2,4 L 14,1

Dr. Jonathan C. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
Cirurgião de Veleiro  
CRM-RR 1764 TEOT 14272  
Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR

ESTADO DE HORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: Anemilson Alves Teixeira  
Idade: 30 anos  
Sexo: Masculino

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE: CONFIRMOU:  
☒ Identificação  
☒ Sítio Cirúrgico  
☒ Precedente  
Consentimento: ☒ Sim ( ) Não

USO CIR. LOCAL  
☒ Aplicar ( ) Não se Aplica

SÍTIO DERM. MARCADO  
☒ Sim ( ) Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA  
INCLUI:

☒ OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:  
ALERGIA CONHECIDA  
( ) Não ☒ Sim, Qual: Dorzona

VIA AÉREA DIRIGIDA E DISPOSITIVO DE ASPIRAÇÃO  
☒ Não ☐ Sim, e qual: purificador/ventilador disponível

USO DE TUBO BANGUINEA > 500 ml  
☒ Não ☐ Sim, e qual: uso adequado

USO DE FLUIDOS  
( ) Sim, e qual: uso adequado  
Anestesiologia  
CRM: 1569

Data: 16/08/19 Assinatura: [Assinatura] Hora: 14:00

ANTES DA INCISÃO

Anestesia: Local

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 curtos estão presentes e dentro da validade de utilização (incluindo resultado do indicador). Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações.

A PROFILOXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.  
( ) Não se aplica

( ) Sim, Qual: Amoxicilina 2g Hora: 14:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.  
☒ Sim  
( ) Não se aplica

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

SAÍDA (Sala Pós-Operatório)

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

O NOME DO PROCEDIMENTO  
☒ Sim ☐ Não

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 DESTA PACIENTE  
☒ Sim ☐ Não ☐ Não se Aplica

Almeida, S. Oliveira  
Enfermeira  
CRM-PR 326.537 EM

Assinatura e Carimbo



414-3



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

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Anemelsa Alves Pereira 66 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 04/08/18, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fratura dos Ossos de Pernas (E)

NO DIA 16/08/18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Tratamento Cirúrgico de Fratura + Ressecamento SENDO

OPERADO PELO DR. Jonathas E DR. Pedro

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18/08/18, ÀS 12,00hrs, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 30/08/18, ÀS 8,00hrs, COM O  
DR. Pablo

**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.

Dr. Odinechi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 18634/RN

BOA VISTA, 18/08/18

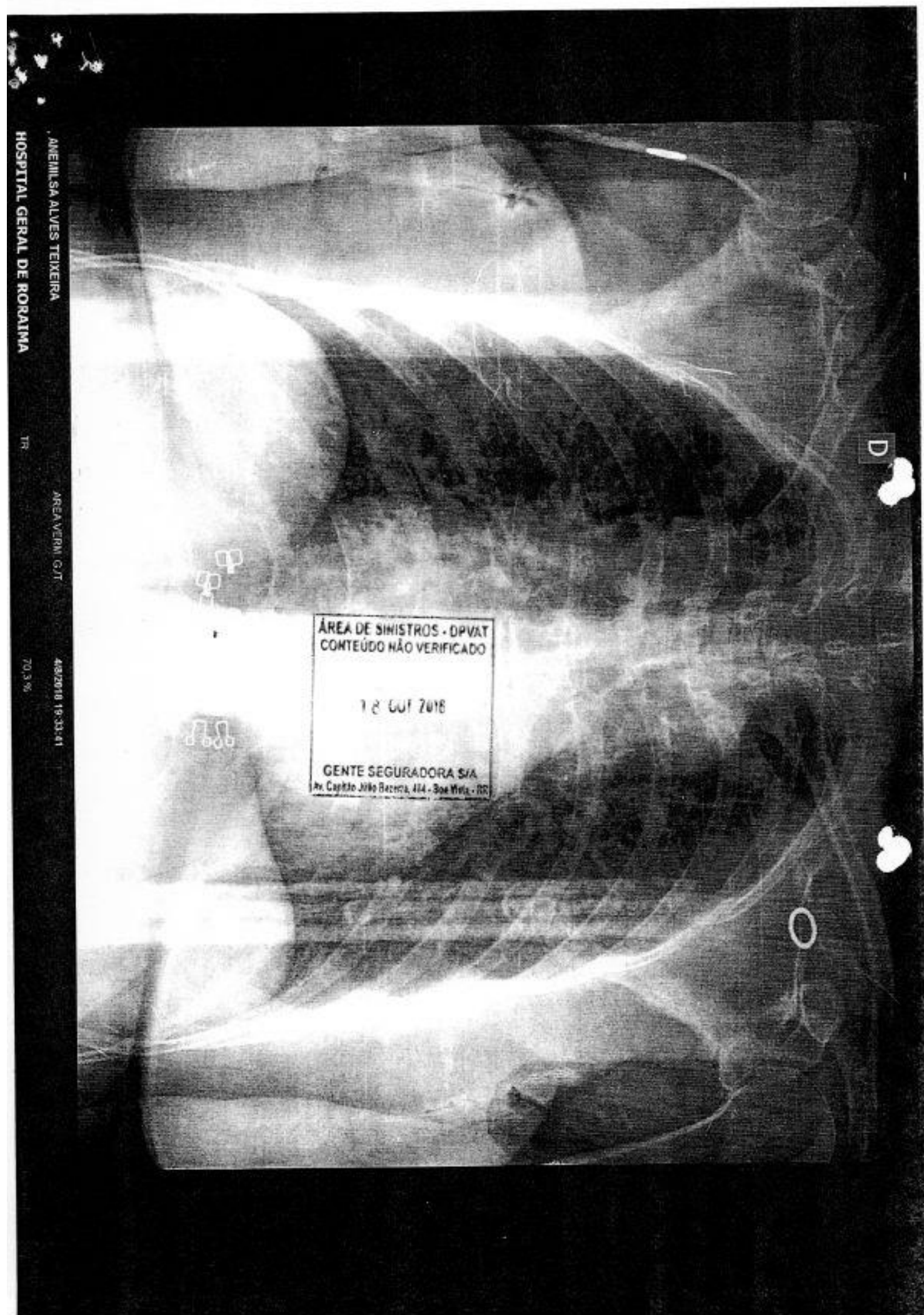
MÉDICO



, ANEMILSA ALVES TEIXEIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR.MARCOS VASCONCELOS



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR

AMELILSA ALVES TEIXEIRA

ÁREA VERM. GJT

4/8/2018 18:33:41

70,3%





49.9% 4/8/2018 19:33:41  
ANEMILSA ALVES TEIXEIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR

58.4%  
AREA VERM. G./T



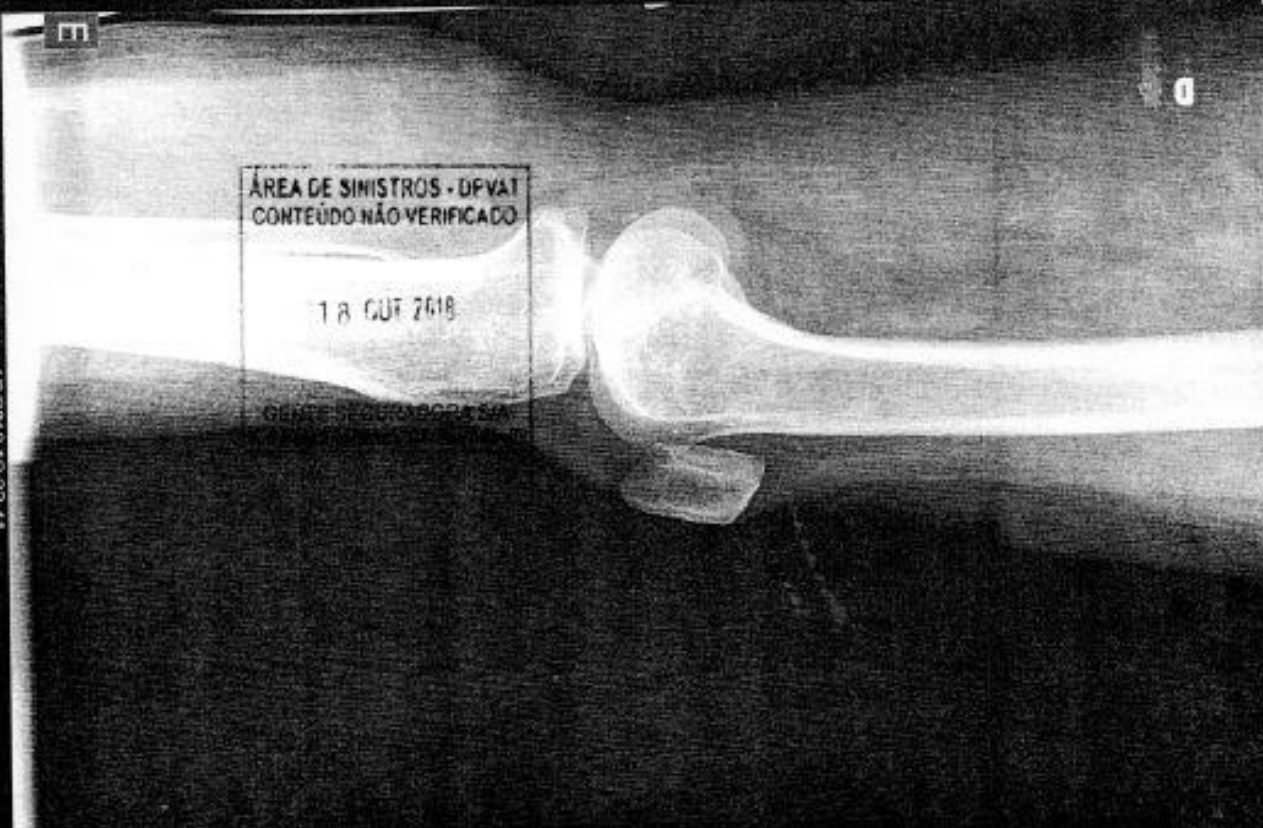


37.8 %

4/8/2018 19:33:41

ANEMILSA ALVES TEIXEIRA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



45.6 %

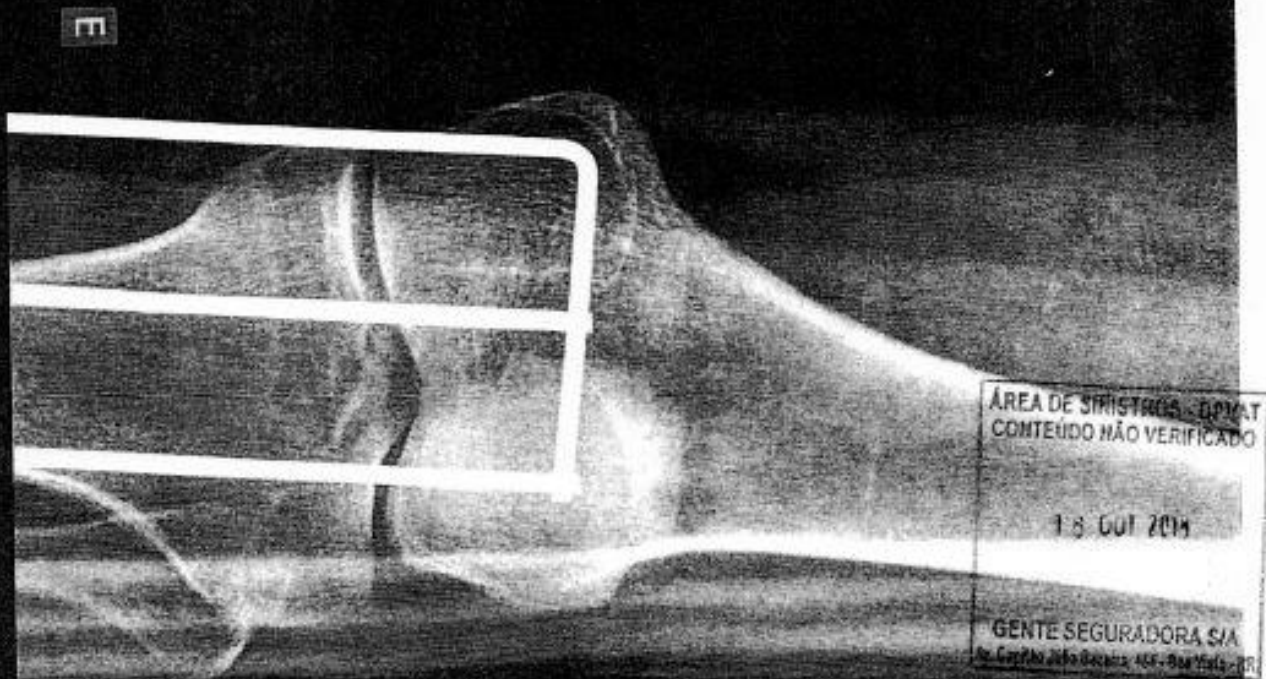
4/8/2018 19:33:41

AREA VERM. G.T.

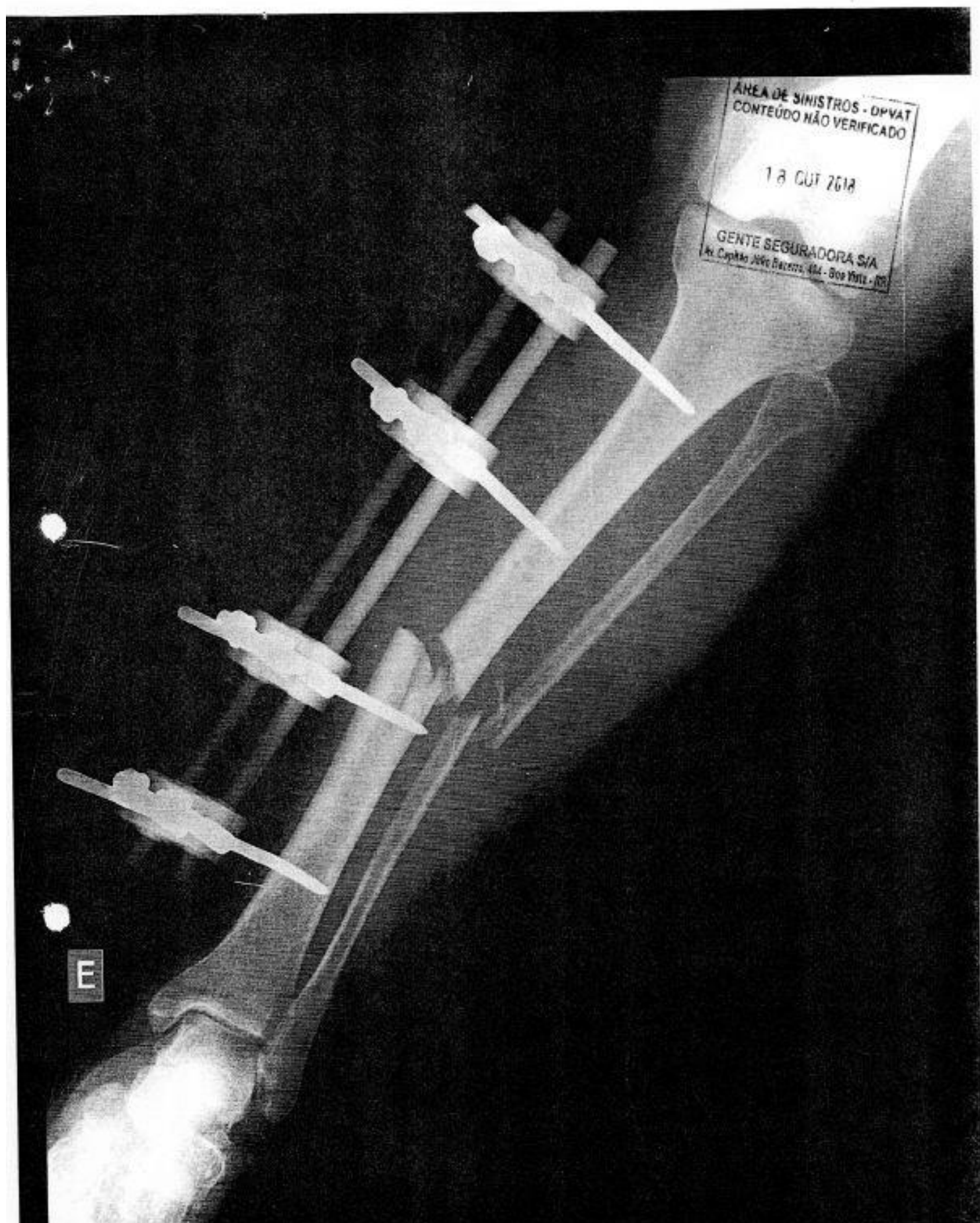
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 OUT 2018

GENE SEGURADORA S/A







AREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
18 OUT 2018  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Batista, 404 - Boa Vista - RR

E

ANEMILSA ALVES TEIXEIRA

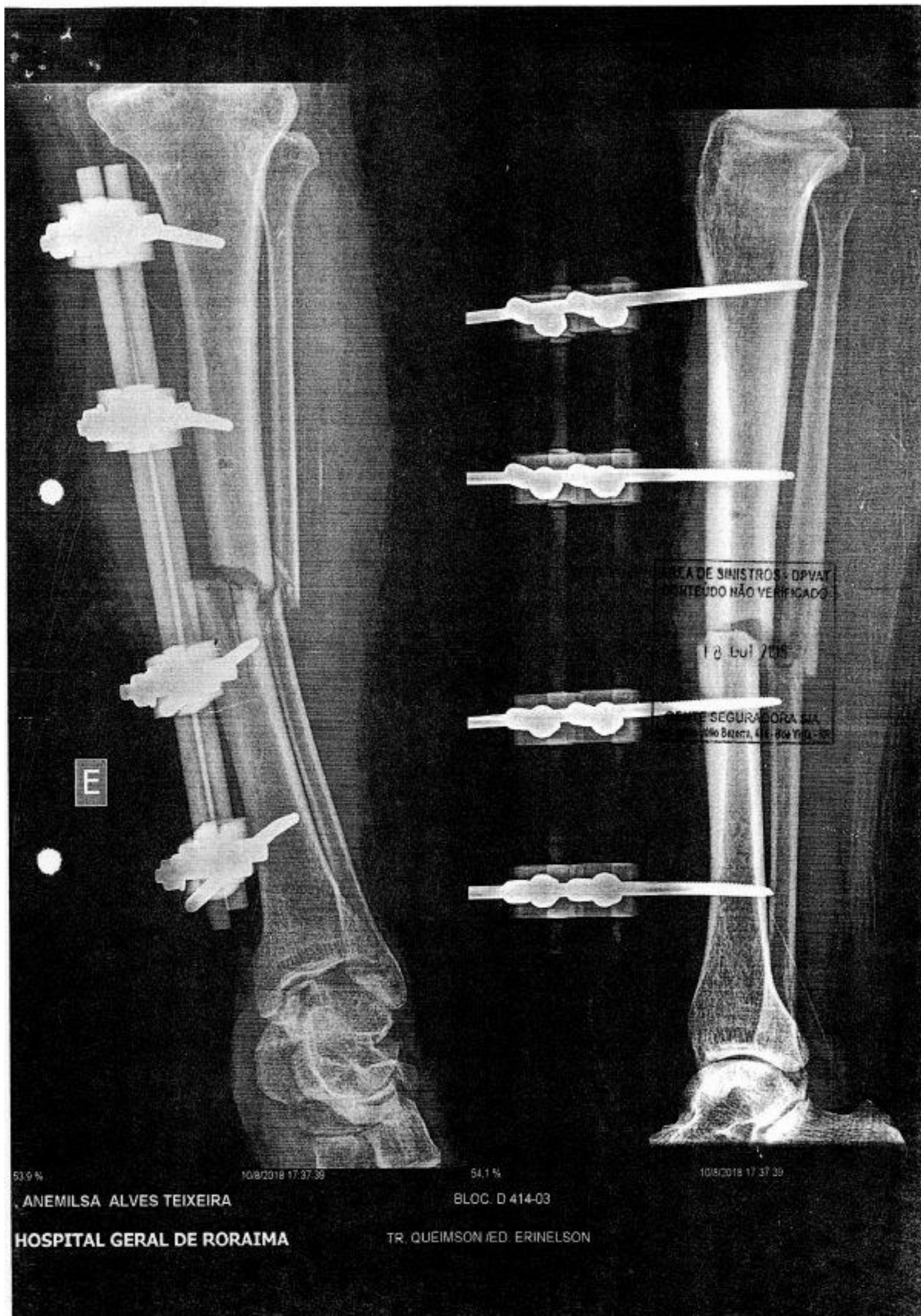
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BLOC. D 414-03

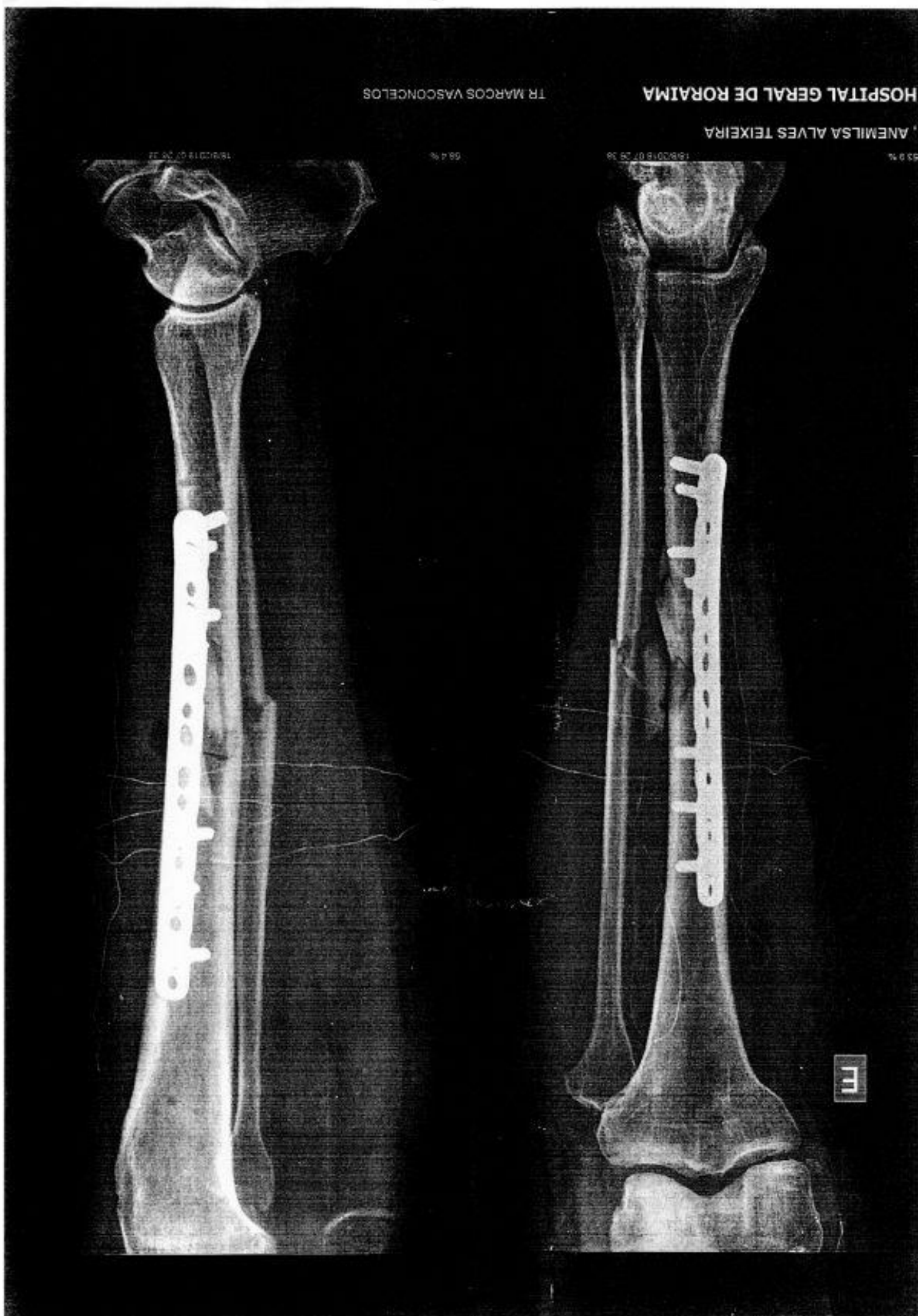
TR. QUEIMSON / ED. ERINELSON

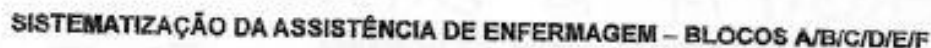
10/8/2018 17:37:39

53.7 %



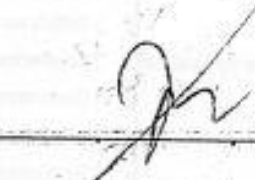






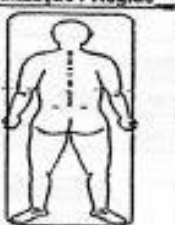
|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------|
| Bloco:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     | Data:                 | Enfermaria:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Leito:                                                      |
| Nome Completo:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | Idade:                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Procedência:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Hipótese Diagnóstica: |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual (ls):                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| Necessidade de Interpretar? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual idioma:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b><br><input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso<br><input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                       | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br><input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: _____<br><input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____<br><input type="checkbox"/> Pulso Chelo <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| <b>PUPILAS</b><br><input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Anisocóricas<br><input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                       | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br><input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT<br>Aceleração da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial<br>Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena<br>Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente |                                                             |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br><input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico<br><input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre<br><input type="checkbox"/> Hiperpirexia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b><br><input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido<br><input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Macio <input type="checkbox"/> Timpânico<br>Ruídos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente<br>Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                      |                                                             |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br><input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada<br><input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada<br><input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica<br><input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____<br>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Região: _____<br>Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                       | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b><br><input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria<br><input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria<br><input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen                                                                                                                                                                                                                                     |                                                             |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b><br><input type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia<br>Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b><br>Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____<br>Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____<br>Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem<br>Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____<br>Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____<br>Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b><br><div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Deglutição<br/> <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada<br/> <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável<br/> <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos<br/> <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo<br/> <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente<br/> <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada<br/> <input type="checkbox"/> Risco de constipação<br/> <input type="checkbox"/> Diarreia<br/> <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal<br/> <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado<br/> <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada<br/> <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada<br/> <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada<br/> <input type="checkbox"/> Conforto prejudicado         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz<br/> <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação<br/> <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene<br/> <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente<br/> <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada<br/> <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida<br/> <input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais<br/> <input type="checkbox"/> Risco de quedas<br/> <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal<br/> <input type="checkbox"/> Dor aguda<br/> <input type="checkbox"/> Dor crônica<br/> <input type="checkbox"/> Náusea<br/> <input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração<br/> <input type="checkbox"/> Risco de infecção<br/> <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada         </div> </div> |                       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                             |

ALERGICA A DAPIRONA 414-3

|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>   |                                                       |            |       |      |                                                      |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|-------|------|------------------------------------------------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       | 04/08/2018 | DIH   | DN   | 24/05/1952                                           |
| PACIENTE <b>ANEMILSA ALVES TEIXEIRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |            |       |      |                                                      |
| AGNÓSTICO <b>FRATURA TIBIA E FIBULA ESQUERDO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |            |       |      |                                                      |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       | HAS        | DM2   |      |                                                      |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 66                                                    | LEITO      | 414-3 | DATA | 11/08/2018                                           |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO                                            |            |       |      | HORÁRIO                                              |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                      |            |       |      | SN                                                   |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | AVP                                                   |            |       |      | Manhã                                                |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CEFTAZIDIMA 1G EV 12/12HRS                            |            |       |      | 18:00                                                |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |            |       |      |                                                      |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |            |       |      |                                                      |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PARACETAMOL 500MG V.O 1 X AO DIA                      |            |       |      | SN                                                   |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |            |       |      |                                                      |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |            |       |      |                                                      |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |            |       |      |                                                      |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | OMEPAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O               |            |       |      |                                                      |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |            |       |      | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO DIÁRIO                                       |            |       |      | De manhã                                             |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ALERGIA AO DIPIRONA                                   |            |       |      |                                                      |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |            |       |      | 18 OUT 2018                                          |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |            |       |      |                                                      |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |            |       |      |                                                      |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |            |       |      |                                                      |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).</b><br><b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br><b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b><br><b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>                                                                                                                                   |                                                       |            |       |      |                                                      |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |            |       |      |                                                      |
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |            |       |      |                                                      |
| # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |            |       |      |                                                      |
| # SOLICITADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |            |       |      |                                                      |
| # CONDUTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                       |            |       |      |                                                      |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                       |            |       |      |                                                      |
| # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |            |       |      |                                                      |
|                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |            |       |      |                                                      |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |            |       |      |                                                      |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | 137/74                                                | FCHS       | FR 14 | 36°C |                                                      |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 137/74                                                | 7.2        |       | 36.1 |                                                      |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 137/74                                                |            |       | 36.5 |                                                      |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 120x90                                                | 8.5        | 14    | 36°C |                                                      |
| <b>Dr Odinachi Okemiri</b><br><b>Residente De Ortopedia e</b><br><b>Traumatologia</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                       |            |       |      |                                                      |



|                                                                                   |                                                                        |                            |            |                     |
|-----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------|----------------------------|------------|---------------------|
|  | <b>Acompanhamento das Feridas</b><br><b>Comissão de Curativo - HGR</b> | Protocolo nº 1             | Versão: 00 | Local de elaboração |
|                                                                                   |                                                                        | Atualizada: Janeiro / 2015 |            |                     |
|                                                                                   |                                                                        | <b>ENF/LEITO:</b> 444-3    |            |                     |

|                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Anamélia Alves Teixeira</u>                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| DATA: <u>10/8/18</u>                                                                          | Localização / Região: <u>MSE</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br>CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br>18 OUT 2018<br>AGENTE SEGURADORA S/A | Localização / Região                                                                                                                                                    |
| <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I<br><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II |                                                                                                                                                   | <input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                      |   |
| Etiologia                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____ |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Tamanho da Ferida:                                                                            | Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Aparência do Leito:                                                                           | <input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara                                                                                                                                         |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Quantidade de Exsudato                                                                        | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                      |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Tipo de exsudato:                                                                             | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo                                                                                                                  |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Dor:                                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Odor:                                                                                         | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito<br><input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                           |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Condição da pele Perilesional:                                                                | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____                                                                                      |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Solução para limpeza                                                                          | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão)                                                  | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase<br><input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata<br><input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: <u>Budon Ag</u>                                                                   |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Hora do curativo:                                                                             | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Data da Próxima troca:                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Em caso de + de 24hs                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem                                                             | 01- <u>[Assinatura]</u> Técnica Enfermagem<br>02- <u>[Assinatura]</u> Técnica Enfermagem<br>01- <u>[Assinatura]</u> Técnica Enfermagem<br>02- <u>[Assinatura]</u> Técnica Enfermagem                                                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |
| OBS:                                                                                          | OBS:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                              |                                                                                                                                                                         |

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTec, Solutions Programs.  
Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser evoluídas separadamente.



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS A/B/C/D/E/F

|                                                                                                                     |                       |                 |          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-----------------|----------|
| Bloco: D                                                                                                            | Data: 10.08.18        | Enfermaria: 414 | Leito: 3 |
| Nome Completo: Anailson Alves Teixeira                                                                              | Idade: 60a            | Sexo: M         | ( ) F    |
| Procedência:                                                                                                        | Hipótese Diagnóstica: |                 |          |
| Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos   |                       |                 |          |
| Alergia: (X) Sim ( ) Não Qual (is): Dificuldade                                                                     |                       |                 |          |
| Necessidade de Intérprete: ( ) Sim (X) Não Qual idioma:                                                             |                       |                 |          |
| Possui acompanhante: (X) Sim ( ) Não Obs:                                                                           |                       |                 |          |
| Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado (X) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Com assistência/camaleão |                       |                 |          |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso<br><input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |  |  | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico    BC: _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso    PA: _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmia    Pulso: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |
| <b>PUPILAS</b><br><input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mídricas <input type="checkbox"/> Midríaticas<br><input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  |  | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br><input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT<br>Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial<br>Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Diarreia<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação<br>Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico<br><input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia<br><input type="checkbox"/> Hiperpirexia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido<br><input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico<br>Ruídos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente<br>Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada<br><input checked="" type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hipercorada<br><input checked="" type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica<br><input checked="" type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edemata    Local: _____<br>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br>Região: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURÉTICO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Espontâneo <input type="checkbox"/> SVU <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria<br><input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematuria<br><input type="checkbox"/> Castostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Paquetamento<br>Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Qual: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  | <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b><br>Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Local: <u>MSD</u> Data: _____    Trocar em: _____<br>Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não    Local: _____    Curativo realizado em: _____    Trocar em: _____<br>Sinais de Infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem<br>Dreno de: _____    Aspecto da secreção: _____    Quantidade: _____<br>Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Data da instalação: _____    Trocar em: _____<br>Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Tipo: _____    Local: _____ |  |  |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b><br><div style="display: flex; flex-wrap: wrap;"> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Deglutição<br/> <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada<br/> <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável<br/> <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos<br/> <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo<br/> <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente<br/> <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada<br/> <input type="checkbox"/> Risco de constipação<br/> <input type="checkbox"/> Diarreia<br/> <input type="checkbox"/> Incontinência intestinal<br/> <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado<br/> <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada<br/> <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada<br/> <input type="checkbox"/> Risco da integridade da pele prejudicada<br/> <input type="checkbox"/> Conforto prejudicado         </div> <div style="width: 50%;"> <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz<br/> <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação<br/> <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene<br/> <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente<br/> <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada<br/> <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida<br/> <input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais<br/> <input type="checkbox"/> Risco de quedas<br/> <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal<br/> <input type="checkbox"/> Dor aguda<br/> <input type="checkbox"/> Dor crônica<br/> <input type="checkbox"/> Náuseas<br/> <input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração<br/> <input type="checkbox"/> Risco de infecção<br/> <input type="checkbox"/> Velocidade espontânea prejudicada         </div> </div> |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |  |  |



# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

|                                                                                                                     |                       |             |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|---------------------------------------------------|
| Bloco:                                                                                                              | Data:                 | Enfermaria: | Leito:                                            |
| Nome Completo:                                                                                                      | Idade:                |             | Sexo:                                             |
| Procedência:                                                                                                        | Hipótese Diagnóstica: |             |                                                   |
| Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não                                                                            | ( ) Padrão            | ( ) Contato | ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos |
| Alergia: ( ) Sim ( ) Não                                                                                            | Qual (is):            |             |                                                   |
| Necessidade de intérprete? ( ) Sim ( ) Não                                                                          | Qual idioma:          |             |                                                   |
| Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não                                                                                | Obs:                  |             |                                                   |
| Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante |                       |             |                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sedado ( ) Torpido ( ) Comatoso<br><input type="checkbox"/> Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico<br><input type="checkbox"/> Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso<br><input type="checkbox"/> Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
| <b>PUPILAS</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midríaticas<br><input type="checkbox"/> Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT<br>Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial<br>Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia<br><input checked="" type="checkbox"/> Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena<br>Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br><input type="checkbox"/> Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico<br><input type="checkbox"/> Febril ( ) Febre<br><input type="checkbox"/> Hiperpirexia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b><br><input type="checkbox"/> Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido<br><input type="checkbox"/> Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico<br>Ruidos hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente<br>Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br><input type="checkbox"/> Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada<br><input type="checkbox"/> Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hiperacorada<br><input type="checkbox"/> Anictérica ( ) Ictérica<br><input type="checkbox"/> Acianótica ( ) Edema Local:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria<br><input type="checkbox"/> Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria<br><input type="checkbox"/> Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico<br>Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b><br>Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não Local: Data: Trocar em:<br>Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:<br>Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não<br>Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem<br>Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade:<br>Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não Data da instalação: Trocar em:<br>Prótese: ( ) Sim ( ) Não Tipo: Local:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> Deglutição<br><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada<br><input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável<br><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos<br><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo<br><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente<br><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de constipação<br><input type="checkbox"/> Diarreia<br><input type="checkbox"/> Incontinência intestinal<br><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado<br><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada<br><input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada<br><input type="checkbox"/> Conforto prejudicado | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz<br><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação<br><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene<br><input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente<br><input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida<br><input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais<br><input type="checkbox"/> Risco de quedas<br><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal<br><input type="checkbox"/> Dor aguda<br><input type="checkbox"/> Dor crônica<br><input type="checkbox"/> Náusea<br><input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração<br><input type="checkbox"/> Risco de infecção<br><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada |



414-3

PEDIDO DE PARECER

Ortopedia

Anemulsa Alves Pereira

66

REGISTRO:

17

ENFERMARIA:

LEITO: 414-3

EMERGÊNCIA:

Ortopedia

PARA:

Ortopedia

COS:

Tratamento de fratura de ulna e  
em prognóstico bom. Para fratura de ulna e  
humerus (E) para o que o ortopedista  
foi a sua opinião.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 OUT 2018

Dr. Odinei Okemini  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1851/RN

Médico

Data

08/08/2018

GENE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Baptista, 111 - São Paulo - SP

Ortopedia

ECG: Dentes dos dentes da normalidade  
de do fígado: peso normal normal

Superfície da pele do fígado normal  
de do fígado: peso normal normal  
Polipnéia com interesse

de do fígado: peso normal normal  
de do fígado: peso normal normal  
de do fígado: peso normal normal

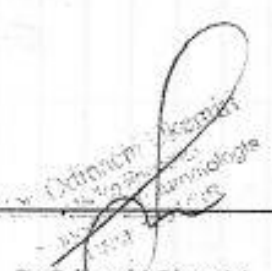
Data

01/08

Médico



*ALERGIA A DIPIRONA*

|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b><br><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                        |                                                        |            |       |      |            |  |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|------------|-------|------|------------|-------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                        | 04/08/2018 |       | DIH  |            | DN                                                                                  | 24/05/1952 |
| PACIENTE <b>ANEMILSA ALVES TEIXEIRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                        |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| AGNÓSTICO <b>FRATURA TIBIA E FIBULA ESQUERDO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                        |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                        | HAS        |       | DM2  |            |                                                                                     |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 66                                                     | LEITO      | 414-3 | DATA | 09/08/2018 |                                                                                     |            |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PRESCRIÇÃO                                             |            |       |      |            |                                                                                     | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DIETA ORAL LIVRE                                       |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | AVP                                                    |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CEFTAZIDIMA 1G EV 12/12HRS                             |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                        |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N <i>SUSPENSO</i>             |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG    |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                    |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP.V.O               |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SSV + CCGG 6/6 H                                       |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CURATIVO DIÁRIO                                        |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                        |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                                                                    |                                                        |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b><br>#EN: O PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,<br>ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES<br>#EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.<br>#SOLICITADO:<br>#CONDUZA:<br>#PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO<br>#PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO |                                                        |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                        |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PA                                                     | FC         | FR    |      |            |                                                                                     |            |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                        |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | 120/78                                                 | 75         | 20    | 36   |            |                                                                                     |            |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                        |            |       |      |            |                                                                                     |            |
| <br><b>Dr. Odinachi Okemiri</b><br>Residente De Ortopedia e<br>Traumatologia                                                                                                                                                              |                                                        |            |       |      |            |                                                                                     |            |





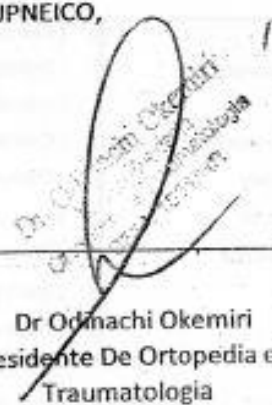
Governo do Estado de Rio Grande  
Município de Pelotas

*Alexis A. D'Amora*

**PRESCRIÇÃO DIÁRIA**

[illegible]



|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b><br><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                      |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|---------------|--|--|--|--|-----|----|----|------|-----|------|--------|----|------|--|------|--------|----|----|--|------|--------|----|------|--|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | 04/08/2018                                            | DIH   |       | DN   | 24/05/1952 |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | ANEMILSA ALVES TEIXEIRA                               |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | FRATURA TIBIA E FIBULA ESQUERDO                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                       | HAS   |       | DM2  |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       | 66                                                    | LEITO | 414-3 | DATA | 10/08/2018 |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |      | HORÁRIO    |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |      | S/N        |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | AVP                                                   |       |       |      | manhã      |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | CEFTAZIDIMA 1G EV 12/12HRS                            |       |       |      | 20:00      |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           | PARACETAMOL 500MG V.O 1 X AO DIA                      |       |       |      | 17:00      |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |      | 18:00      |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O              |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | CURATIVO DIÁRIO                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ALERGIA AO DIPIRONA                                   |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b><br><b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br><b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b><br><b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>                                                                                                                                                                             |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| #ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| # SOLICITADO:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| # CONDUTA:                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; float: right; text-align: center;">             ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br/>             CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br/> <br/>             18 OUT 2018           </div>                                                                                                                                                                                                   |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| <div style="float: right; text-align: center;"> <br/> <b>Dr. Odinachi Okemiri</b><br/>             Residente De Ortopedia e Traumatologia           </div>                                                                                                                                                                              |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| <table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="5">SINAIS VITAIS</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>TEMP</th> <th>SAT</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>131/80</td> <td>72</td> <td>36,6</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>120/80</td> <td>86</td> <td>36</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>113/67</td> <td>67</td> <td>36,6</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                                       |       |       |      |            | SINAIS VITAIS |  |  |  |  | 6 H | PA | FC | TEMP | SAT | 12 H | 131/80 | 72 | 36,6 |  | 18 H | 120/80 | 86 | 36 |  | 24 H | 113/67 | 67 | 36,6 |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                       |       |       |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | PA                                                    | FC    | TEMP  | SAT  |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 131/80                                                | 72    | 36,6  |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 120/80                                                | 86    | 36    |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | 113/67                                                | 67    | 36,6  |      |            |               |  |  |  |  |     |    |    |      |     |      |        |    |      |  |      |        |    |    |  |      |        |    |      |  |

13:00 19h  
fez adm  
medicaçao  
+SSVV

Ana Maria S. M.  
Auxiliar de Enfermagem  
COREN-RR 006.411

08:10  
4:40  
06:10

04 130/74 97 20 36,5



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                                                               | PRÉ | TRANS | PÓS | PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM                                                                                                                   | HORÁRIO | PRÉ | TRANS | PÓS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----|-------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|-------|-----|
| Risco de infecção relacionada (a) procedimentos cirúrgicos (b) procedimentos de cateter ou sonda.       |     |       |     | Aviatar para operação                                                                                                                       |         |     |       |     |
| Risco de aspiração relacionado (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.                               |     |       |     | Orientar paciente sobre o que durante a sua permanência no C.C.                                                                             |         |     |       |     |
| Desobstrução bucal relacionada (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.                               |     |       |     | Encaminhar paciente a sala de recuperação                                                                                                   |         |     |       |     |
| Padrão respiratório ineficaz relacionado (a) depressão do centro respiratório (b) relaxamento muscular. |     |       |     | Quilibrar para que não esteja frio na recuperação do paciente                                                                               |         |     |       |     |
| Risco para hipotermia relacionado (a) estado de anestesia cirúrgica (b) temperatura ambiental e idade.  |     |       |     | Mantém paciente coberto sem camisola                                                                                                        |         |     |       |     |
| Risco para trauma relacionado (a) estado anestésico (b) agitação (c) uso de bítula elétrica.            |     |       |     | Instalar monitores e oximetria de pulso                                                                                                     |         |     |       |     |
| Risco para trauma mesmo (a) pelo posicionamento perioperatório.                                         |     |       |     | Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica                                                                                      |         |     |       |     |
| Integridade da pele prejudicada (a) cirúrgica (b) queimadura.                                           |     |       |     | Seguir rotina de instalação de cateter com bítula elétrica                                                                                  |         |     |       |     |
| Mobilidade física prejudicada relacionada a estado pré-anestésico cirúrgico.                            |     |       |     | Registrar volume e aspeto do débito urinário de 1/1 hora                                                                                    |         |     |       |     |
| Retenção urinária relacionada (a) diminuição do tónus da bexiga (b) anestésico.                         |     |       |     | Controlar drenos frequentes nas primeiras horas de PC                                                                                       |         |     |       |     |
| Incontinência intestinal relacionada (a) efeito da anestesia (b) não realização de enema.               |     |       |     | Comunicar Enfi se há aumento de sangramentos pós-incisões a cateteres                                                                       |         |     |       |     |
| Mucosa oral afetada relacionada ao uso do tubo endotraqueal.                                            |     |       |     | Verificar sinais vitais (T, PA, PC, PVC, FFR, saturação O <sub>2</sub> perfusão) de 15/15 min. UH, 30/30 min 2h, 1/1 hora em diante.        |         |     |       |     |
| Imobilidade.                                                                                            |     |       |     | Anotar e comunicar enfermagem alterações de padrão respiratório (apneia, dispnéia, queda da saturação, alterações no nível de consciência). |         |     |       |     |
| Náusea relacionada (a) estado pós-cirúrgico.                                                            |     |       |     | Anotar volume e aspeto das secreções traqueobronquiais.                                                                                     |         |     |       |     |
| anestésico (b) uso de medicação.                                                                        |     |       |     | Observar as condições da pele em relação de placa de bítula e eletrodos com vistas a queimaduras.                                           |         |     |       |     |
| Enfermagem                                                                                              |     |       |     | Faturar e assinar a dor, proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito.                                                           |         |     |       |     |
| Enfermagem                                                                                              |     |       |     | Mantém drenos occlusivos com gases com drenos.                                                                                              |         |     |       |     |
| Enfermagem                                                                                              |     |       |     | Mantém drenos occlusivos elevados.                                                                                                          |         |     |       |     |
| Enfermagem                                                                                              |     |       |     | Preparar paciente para alta do C.C.                                                                                                         |         |     |       |     |



STÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRURGICO/SRPA

[illegible]

| 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 DE SAÚDE SOLICITANTE                         |  |                        |                     | 2 - CNES                                                       |  |
| 3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXCUTANTE                           |  |                        |                     | 4 - CNES                                                       |  |
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE                                                |  |                        |                     |                                                                |  |
| 5 - NOME DO PACIENTE                                                     |  |                        |                     | 6 - Nº DO PROFISSIONAL                                         |  |
| 7 - CATEGORIA PROFISSIONAL DE SAÚDE (CNS)                                |  |                        |                     | 8 - SEXO                                                       |  |
| 9 - DATA DE NASCIMENTO                                                   |  |                        |                     | 10 - ENDEREÇO DE CONTATO                                       |  |
| 11 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL                                       |  |                        |                     | 12 - CID                                                       |  |
| 13 - ENDEREÇO PARA CORRESPONDÊNCIA                                       |  |                        |                     | 14 - CID                                                       |  |
| 15 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA                                             |  |                        |                     | 16 - CID                                                       |  |
| 17 - PRINCIPAIS DIAGNÓSTICOS ENFERMAGEM CLÍNICA                          |  |                        |                     | 18 - CID                                                       |  |
| JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                              |  |                        |                     |                                                                |  |
| Frente ao fato de tuberculose em regime portador estável                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 19 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO                               |  |                        |                     |                                                                |  |
| Pró. Cirúrgico                                                           |  |                        |                     |                                                                |  |
| 20 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE EXAMES DIAGNÓSTICOS (RESULTADOS DE EXAMES) |  |                        |                     |                                                                |  |
| GF + Rx                                                                  |  |                        |                     |                                                                |  |
| 21 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 22 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 23 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 24 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 25 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 26 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 27 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 28 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 29 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 30 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 31 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 32 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 33 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 34 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 35 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 36 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 37 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 38 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 39 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 40 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 41 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 42 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 43 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 44 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 45 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 46 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 47 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 48 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 49 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 50 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 51 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 52 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 53 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 54 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 55 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 56 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 57 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 58 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 59 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 60 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 61 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 62 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 63 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 64 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 65 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 66 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 67 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 68 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 69 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 70 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 71 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 72 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 73 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 74 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 75 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 76 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 77 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 78 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 79 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 80 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 81 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 82 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 83 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 84 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 85 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 86 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 87 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 88 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 89 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 90 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 91 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 92 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 93 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 94 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 95 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 96 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 97 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 98 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 99 - CID                                                                 |  |                        |                     |                                                                |  |
| 100 - CID                                                                |  |                        |                     |                                                                |  |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
18 OUT 2018  
GENTE SEGURADORA S/A  
Dr. Carlos Roberto de Souza, 111 - Boa Vista - 22

Dr. Jonathan A. Lopes  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 153107-1

09/08/18

9.8 - 16.8

0408050500 → 5826  
0416040035 → 802



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

*Artemísia Alves Teixeira*

ÁREA DE SINISTROS - DECVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

Data: 04.08.18

O.S. \_\_\_\_\_

18 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

*Fratura de Ulna (E)*

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

*Internatos de Ulna (E) + Desbridamento*

TIPO DE INTERVENÇÃO:

*Urgência*

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

*S*

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

*S*

CIRURGIÃO:

*Dr. Cabo*

1º AUXILIAR:

*Dr. Jorath*

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- ① Pint em DDH + Anestesia
  - ② Anestesia + Antépsia
  - ③ Desbridamento de ferida após punção escalar
  - ④ Fixação percutânea com fixador externo 250mm sob um  
da intensificação de imagem
  - ⑤ Lavagem
  - ⑥ No KPT
- Obs. Optado por não fazer sutura definitiva devido presença de  
fístula.
- Obtido sucesso na sala operatória.



### PRÉ-ANESTÉSICO

|                     |                                                                                                                                                     |             |      |               |          |      |      |        |  |
|---------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------|------|---------------|----------|------|------|--------|--|
| Nome                | End.                                                                                                                                                |             |      | Lugar         |          |      | Sexo |        |  |
| Sexo                | Cor                                                                                                                                                 | Idade       | Peso | Alt.          | Classif. | Data | Cl.  | Relat. |  |
| Diagn. Pré-OP       | Cm. Proposta                                                                                                                                        |             |      | Painel Assoc. |          |      |      |        |  |
| Anal. Ant.          |                                                                                                                                                     |             |      |               |          |      |      |        |  |
| Alergia             |                                                                                                                                                     |             |      |               |          |      |      |        |  |
| Alcool              | Fumo                                                                                                                                                |             |      |               |          |      |      |        |  |
| DROGAS:             | (Corticóide, Antidopamínico, Hipotensor, Narcótico, Hipnótico, digoxina, anticoagulante, diurético, antibiótico, sulfas, carapiteiro, MAOI, outros) |             |      |               |          |      |      |        |  |
| Estado Mental       | Boca                                                                                                                                                |             |      |               |          |      |      |        |  |
| Pescoço             | Veias                                                                                                                                               |             |      |               |          |      |      |        |  |
| RA                  |                                                                                                                                                     |             |      |               |          |      |      |        |  |
| Peito               |                                                                                                                                                     |             |      |               |          |      |      |        |  |
| Hepatoespl          |                                                                                                                                                     |             |      |               |          |      |      |        |  |
| Crânio              |                                                                                                                                                     |             |      |               |          |      |      |        |  |
| Parâmetros Clínicos |                                                                                                                                                     |             |      |               |          |      |      |        |  |
| PA                  | Pulso                                                                                                                                               | Temperatura |      |               |          |      |      |        |  |

|                |       |       |         |
|----------------|-------|-------|---------|
| Sangue Tipo    | Leuc  | HE    | HE      |
| Hem            | te    | te    | P. L300 |
| r. Coag        | Pq    | Ureia |         |
| creat          | Glic  | Na    | mEq/l   |
| Cl             | mEq/l | mEq/l | pH      |
| pO2            | GA    | SB    | SB      |
| URINA:         | CH    | yfo   | FJB     |
| Sedim          |       |       |         |
| Ap. gen. Uri   |       |       |         |
| AP. Resp.      |       |       |         |
| AP. Circ.      |       |       |         |
| AP. Digt.      |       |       |         |
| S. Osteo - Art |       |       |         |
| S. Nerv        |       |       |         |
| S. Endoc       |       |       |         |

|                |              |
|----------------|--------------|
| Ext. Fis (ASA) | AN. Proposta |
| NR             |              |

| Medicação Pré - An. | DOSE | VIA | HORA |
|---------------------|------|-----|------|
|                     |      |     |      |
|                     |      |     |      |

## PÓS-ANESTÉSICOS

| SALA DE RECUPERAÇÃO                     |                   | NA ENFERMARIA        |                      |
|-----------------------------------------|-------------------|----------------------|----------------------|
| Data <u>10/5/18</u>                     | Hora <u>09:30</u> | Data <u>  /  /  </u> | Hora <u>  /  /  </u> |
| Pct. em exame 8 Haste 10                |                   |                      |                      |
|                                         |                   |                      |                      |
|                                         |                   |                      |                      |
|                                         |                   |                      |                      |
|                                         |                   |                      |                      |
|                                         |                   |                      |                      |
|                                         |                   |                      |                      |
|                                         |                   |                      |                      |
|                                         |                   |                      |                      |
|                                         |                   |                      |                      |
| Mto de Leon<br>A Bruno Henrique Pereira |                   |                      |                      |
| Assinatura                              |                   |                      | Assinatura           |





ORTOPEDIA - Miterão  
União Jera - Noturno

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"Associação Patologista das Américas"

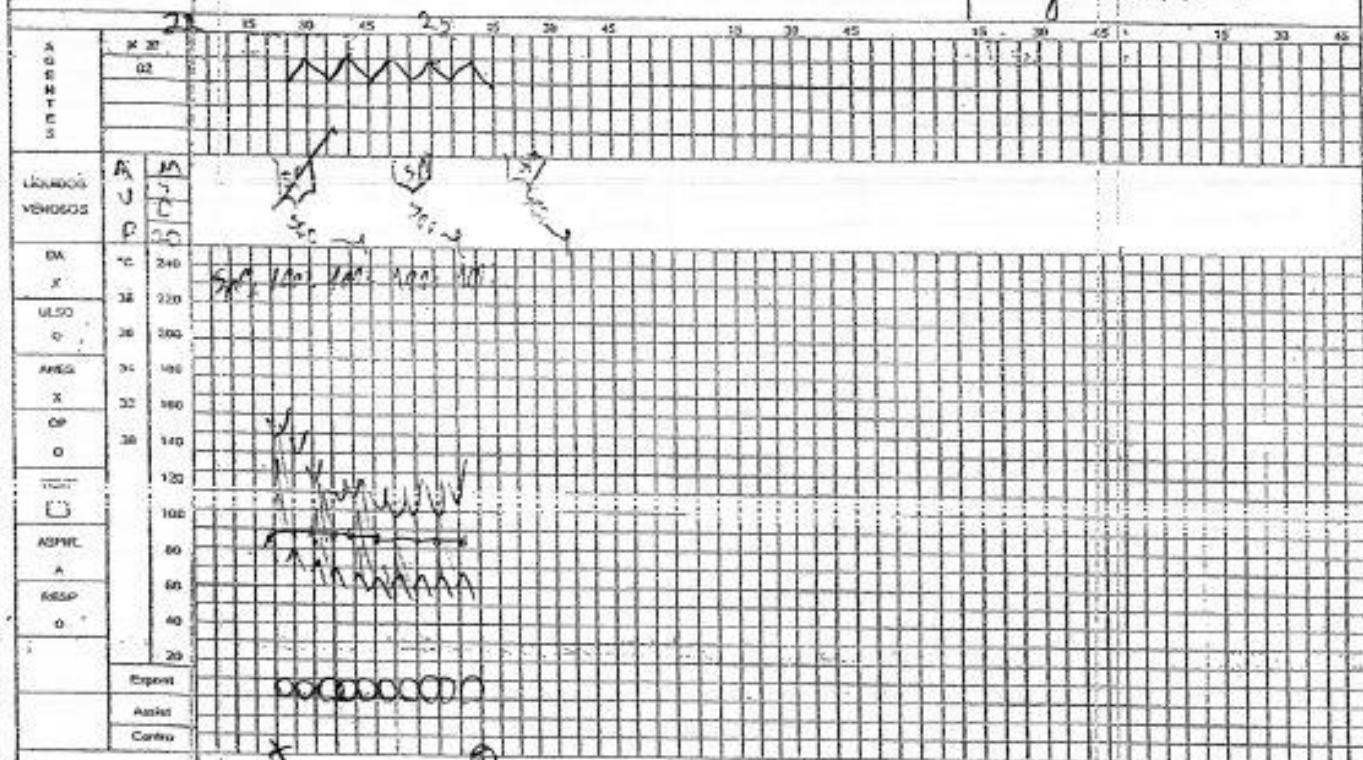
FICHA DE ANESTESIA

Anamila Alves Teixeira 66a

09/08/18

PRÉ-MEDICAÇÃO - DOSE - HORA - EFEITO

Pol. Alargico - Dipirona  
Nogo 1000 / AM.



| AGENTES                            | DOSES                                 | TÉCNICA                         | ANOTAÇÕES                                 |
|------------------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------------------------|
| A. <i>Co-fetil 100mg</i>           |                                       | <i>Anestesia mediana</i>        | <i>1 - Check L5/S1 Anest. OK.</i>         |
| B. <i>midazolam 1mg</i>            |                                       | <i>P. 2g de Quincke</i>         | <i>Monitor. SpO2, FC, PA, ECG.</i>        |
| C. <i>Bupivacaína 0,5% (100ml)</i> |                                       | <i>2g de Quincke</i>            | <i>Desob. 22/10/18</i>                    |
| D. <i>Atorvastatina 20mg</i>       |                                       | <i>Verificação de rotina</i>    | <i>2 - Sedação - 10mg / 100mg / 100mg</i> |
| E. <i>Midazolam 100mg</i>          |                                       | <i>2 - Sedação</i>              | <i>3 - Anestesia: Bupivacaína 12,5mg</i>  |
| F.                                 |                                       |                                 | <i>4 - Atorvastatina 20mg</i>             |
| G.                                 |                                       |                                 | <i>5 - Midazolam 100mg</i>                |
| GLUCOSE                            | LÍQUIDOS                              | Citadas - Netro / Glicose       | <i>6 - Atorvastatina 20mg</i>             |
| HEMOG                              |                                       | Netro / Decapente - Cópia       | <i>7 - Midazolam 100mg</i>                |
| SANGUE                             |                                       | Urel - Tempo - Cálculo de Tempo | <i>8 - Atorvastatina 20mg</i>             |
|                                    |                                       | Det. Hémicas                    | <i>9 - Midazolam 100mg</i>                |
|                                    |                                       | Difusão Técnica                 | <i>10 - Atorvastatina 20mg</i>            |
| ST 100. 1500mg                     |                                       |                                 |                                           |
| TOTAL                              | 1500mg                                |                                 |                                           |
| OPERAÇÃO                           | <i>Desob. de paina - osteosintese</i> |                                 |                                           |
| AGENTES                            | CODIGO                                | CHARGA                          | FECHA SANGUE                              |
| <i>DR. EDINO</i>                   |                                       | <i>DR. Jhonatan DA Costa</i>    |                                           |

ÁREA DE SINISTROS - BPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Batista, 484 - Boa Vista - RR

*\* ALÉRGICA À DIPIRONA!*

|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|-----------|------------|---------------|--|--|--|--|--|-----|-----------|-------|-------|-----------|--|------|----------|---|---|------|--|------|----------|----|----|------|--|------|----------|----|----|------|--|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  | 04/08/2018                                                                                                                                                                                                                       | DIH   |       | DN        | 24/05/1952 |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | ANEMILSA ALVES TEIXEIRA                                                                                                                                                                                                          |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | FRATURA TIBIA E FIBULA ESQUERDO                                                                                                                                                                                                  |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                  | HAS   |       | DM2       |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 66                                                                                                                                                                                                                               | LEITO | 414-3 | DATA      | 08/08/2018 |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                       |       |       |           | HORÁRIO    |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                                 |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | AVP                                                                                                                                                                                                                              |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CEFTAZIDIMA 1G EV 12/12HRS                                                                                                                                                                                                       |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TENOXICAM 40 MG EV-01 X DIA S/N                                                                                                                                                                                                  |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                                          |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                                                                                                                                                                                                       |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA                                                                                                                                                                            |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                                              |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                                              |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O                                                                                                                                                                                         |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SSV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                                 |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                                  |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br/> CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br/> 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br/> 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,<br>ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES<br># EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANIGTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,<br>NORMOCORADO, HIDRATADO.<br># SOLICITADO:<br># CONDUTA:<br># PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO<br># PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; width: fit-content; margin: 10px auto;"> ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br/> 18 OUT 2018<br/> GENTE SEGURADORA S/A<br/> Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RR </div> <div style="text-align: right; margin-top: 20px;"> <br/> Dr. Odinachi Okemiri<br/> Residente De Ortopedia e<br/> Traumatologia </div>                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| <table border="1" style="width: 100%;"> <thead> <tr> <th colspan="2">SINAIS VITAIS</th> <th colspan="2"></th> <th colspan="2"></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>6 H</td> <td>PA 100/70</td> <td>FR 20</td> <td>FC 70</td> <td>Temp 37,2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>12 H</td> <td>140 x 80</td> <td>-</td> <td>-</td> <td>37,2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td>130 x 80</td> <td>19</td> <td>70</td> <td>37,2</td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td>120 x 60</td> <td>20</td> <td>70</td> <td>37,2</td> <td></td> </tr> </tbody> </table> |                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |           |            | SINAIS VITAIS |  |  |  |  |  | 6 H | PA 100/70 | FR 20 | FC 70 | Temp 37,2 |  | 12 H | 140 x 80 | - | - | 37,2 |  | 18 H | 130 x 80 | 19 | 70 | 37,2 |  | 24 H | 120 x 60 | 20 | 70 | 37,2 |  |
| SINAIS VITAIS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                                                                                                                                  |       |       |           |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 6 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | PA 100/70                                                                                                                                                                                                                        | FR 20 | FC 70 | Temp 37,2 |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 140 x 80                                                                                                                                                                                                                         | -     | -     | 37,2      |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 130 x 80                                                                                                                                                                                                                         | 19    | 70    | 37,2      |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | 120 x 60                                                                                                                                                                                                                         | 20    | 70    | 37,2      |            |               |  |  |  |  |  |     |           |       |       |           |  |      |          |   |   |      |  |      |          |    |    |      |  |      |          |    |    |      |  |



|                                                                      |                                                                |                                                            |                                                       |                                                    |                                                     |
|----------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------------------------------------------------|
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b>                                             |                                                                |                                                            | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>                         |                                                    |                                                     |
| ( ) Consciente<br>( ) Sedado<br>( ) Agitado                          | ( ) Orientado<br>( ) Torposo<br>( ) Reage a estímulos          | ( ) Desorientado<br>( ) Comatoso<br>( ) Não reage          | ( ) Normocárdico<br>( ) Normotenso<br>( ) Pulso Cheio | ( ) Bradicárdico<br>( ) Hipotenso<br>( ) Filiforme | ( ) Taquicárdico<br>( ) Hipertenso<br>( ) Arritmico |
|                                                                      |                                                                |                                                            | BC: _____<br>PA: _____<br>Pulso: _____                |                                                    |                                                     |
| <b>PUPILAS</b>                                                       |                                                                |                                                            | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>         |                                                    |                                                     |
| ( ) Fotorreagente<br>( ) Isocóricas                                  | ( ) Mióticas<br>( ) Anisocóricas                               | ( ) Midríatica<br>( ) Não reagentes                        | ( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT        |                                                    |                                                     |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>                                             |                                                                |                                                            | Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial       |                                                    |                                                     |
| ( ) Afebril<br>( ) Febril<br>( ) Hiperpirexia                        | ( ) Hipotérmico<br>( ) Febre<br>( ) Pirexia                    | ( ) Hipertérmico<br>( ) Local: _____                       | Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia   |                                                    |                                                     |
| <b>ARACTERÍSTICAS DA PELE</b>                                        |                                                                |                                                            | ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melença   |                                                    |                                                     |
| ( ) Hidratada<br>( ) Normocorada<br>( ) Anictérica<br>( ) Acianótica | ( ) Desidratada<br>( ) Hipocorada<br>( ) Ictérica<br>( ) Edema | ( ) Ressecada<br>( ) Hipercorada<br>( ) Cianótica          | Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente                      |                                                    |                                                     |
| Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não                                  |                                                                |                                                            | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>                            |                                                    |                                                     |
| Região: _____                                                        |                                                                |                                                            | ( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido |                                                    |                                                     |
| Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO              |                                                                |                                                            | ( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico                 |                                                    |                                                     |
|                                                                      |                                                                |                                                            | Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente          |                                                    |                                                     |
|                                                                      |                                                                |                                                            | Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não  |                                                    |                                                     |
|                                                                      |                                                                |                                                            | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>                     |                                                    |                                                     |
|                                                                      |                                                                |                                                            | ( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria        |                                                    |                                                     |
|                                                                      |                                                                |                                                            | ( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria    |                                                    |                                                     |
|                                                                      |                                                                |                                                            | ( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen     |                                                    |                                                     |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>                                          |                                                                |                                                            |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Eupneico<br>Oxigenoterapia                                       | ( ) Bradipneico<br>( ) Sim ( ) Não                             | ( ) Taquipneico<br>Qual: _____                             | ( ) Dispneico<br>( ) Ar ambiente                      | ( ) Traqueostomia                                  |                                                     |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b>        |                                                                |                                                            |                                                       |                                                    |                                                     |
| Cateter Periférico:                                                  | ( ) Sim ( ) Não                                                | Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| Cateter Central:                                                     | ( ) Sim ( ) Não                                                | Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ |                                                       |                                                    |                                                     |
| Sinais de Infecção no sítio da punção:                               | ( ) Sim ( ) Não                                                |                                                            |                                                       |                                                    |                                                     |
| Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG                                      | ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT                                | ( ) Lavagem ( ) Sifonagem                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| Dreno de: _____                                                      | Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____                   |                                                            |                                                       |                                                    |                                                     |
| Cateter Vesical:                                                     | ( ) Sim ( ) Não                                                | Data da Instalação: _____ Trocar em: _____                 |                                                       |                                                    |                                                     |
| Prótese: ( ) Sim ( ) Não                                             | Tipo: _____ Local: _____                                       |                                                            |                                                       |                                                    |                                                     |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                                     |                                                                |                                                            |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Deglutição                                                       | ( ) Padrão respiratório ineficaz                               | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada                                 | ( ) Déficit no autocuidado para alimentação                    | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Risco de glicemia instável                                       | ( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene                  | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos                     | ( ) Conhecimento deficiente                                    | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Volume de líquidos excessivo                                     | ( ) Comunicação verbal prejudicada                             | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Volume de líquidos deficiente                                    | ( ) Risco de dignidade humana comprometida                     | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Eliminação urinária prejudicada                                  | ( ) Processos familiares disfuncionais                         | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Risco de constipação                                             | ( ) Risco de quedas                                            | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Diarreia                                                         | ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal             | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Incontinência intestinal                                         | ( ) Dor aguda                                                  | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Padrão de sono prejudicado                                       | ( ) Dor crônica                                                | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Mobilidade física prejudicada                                    | ( ) Náusea                                                     | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Integridade da pele prejudicada                                  | ( ) Risco de broncoaspiração                                   | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Risco de integridade da pele prejudicada                         | ( ) Risco de infecção                                          | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |
| ( ) Conforto prejudicado                                             | ( ) Ventilação espontânea prejudicada                          | ( ) _____                                                  |                                                       |                                                    |                                                     |





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A VONTADE FAZ ACONTECER"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: Anemilza Alves Teixeira

Solicitação: 10022388

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 24/05/1952 Idade: 66 ANO

Origem: HGR

Solicitante: ODINACHI OKEMIRI CRM-RR 1851

Data de Emissão: 06/08/2018 21:19

Setor: BLOCO D

Leito: 414-3

Recebimento:

Mostra: 1002238803

### Resultado de Exame

## ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA

Material: URINA ROTINA

Métodologia: M31 - Indeterminada

### FÍSICO-QUÍMICO

VOLUME

Resultado

Referência

10 mL

10.0 - 12.0 mL

Amarelo Citrino

AMARELO CLARO

Ausente

AUSENTE

6.5

5.5 - 6.6

1.005

1005 - 1015

Semi-Turvo

LIMPIDO

Suigeneris

SUIGENERIS

### QUÍMICO

CORPOS CETÔNICOS

Negativo mg/dL

NEGATIVO mg/dL

HEMOGLOBINA

Negativo

NEGATIVO

PROTEÍNAS

Negativo g/dL

NEGATIVO g/dL

BILIRRUBINA

+

NEGATIVO

UROBILINOGÊNIO

0.2 mg/dL

ATÉ 0.2 mg/dL

NITRITOS

Negativo

NEGATIVO

GLICOSE

Negativo mg/dL

NEGATIVO mg/dL

LEUCÓCITOS (ESTERASE)

++

NEGATIVO

### SEDIMENTOSCOPIA

CÉLULAS EPITELIAIS

Algumas

RARAS

LEUCÓCITOS

6 p/c

0 - 5 p/c

HEMÁCIAS

3 p/c

0 - 3 p/c

CRISTAIS

Ausente

AUSENTE

CILINDROS

Ausente

AUSENTE

MUCO

Presente

AUSENTE

BACTÉRIAS

Moderadamente Aumentada

AUSENTE

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
18 OUT 2018  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Baptista, 404 - Boa Vista - RR

Thayler O. Taveira Santos  
Bióquímico  
CRF-RR 583

Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3300 - Aeroporto  
CEP: 68.310-003 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2124 - 0540  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br

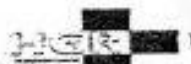
06/08/2018 09:17

Página 1 de 1



GOVERNO DE  
RORAIMA  
"A VONTADE FAZ ACONTECER"





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A Unidade Faz Acontecer"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



|                                         |                 |                                           |
|-----------------------------------------|-----------------|-------------------------------------------|
| Paciente: <b>Anemíla Alves Teixeira</b> | Sexo: Feminino  | Nasc: 24/05/1952 Idade: 66 ANO            |
| Solicitação: 10022388                   | Número Interno: | Solicitante: ODINACHI OKEMIRI CRM-RR 1851 |
| Origem: HGR                             | Setor: BLOCO D  | Leito: 414-3                              |
| Data de Emissão: 06/08/2018 21:19       | Recebimento:    |                                           |

#### Resultado de Exame

Amostra: 1002238802

#### DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcalino

Resultado

0.67 mg/dL

Referência

0.6 - 1.2 mg/dL

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 GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

Resultado

102.64 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

GLICOSE BASAL

#### DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

Resultado

26.76 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

URÉIA

#### PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Métodologia: M22 - Imunoturbidimetria

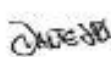
Resultado

28.76 mg/L

Referência

0.0 - 8.0 mg/L

PROTEÍNA C REATIVA

  
Dante Silveira Pálha Silvestre  
Bióquímico  
CRP-RR 189

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Baccaro, 484 - Boa Vista - RR

Responsável Técnico: Ronaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRP - RR 122  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

06/08/2018 09:17

Página 1 de 1

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2121 - 0540  
Email: hgriabo@yahoo.com.br



GOVERNO DE  
RORAIMA  
"A Unidade Faz Acontecer"



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A Verdade Faz Acontecer"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: Anemilza Alves Teixeira

Solicitação: 10022388

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 24/05/1952 Idade: 66 ANO

Origem: HGR

Solicitante: ODINACHI OKEMIRI CRM-RR 1851

Data de Emissão: 06/08/2018 21:19

Sector: BLOCO D

Leito: 414-3

Recebimento:

Mostra: 1002238801

### Resultado de Exame

## COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Métodologia: M33 - Automatizado (destiny Plus)

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado

Referência

11,70 seg

10,0 - 14,0 seg

RNI

0,98

0,8 - 1,2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

30,20 seg

25,0 - 39,0 seg

RATIO

0,94

null

ATIVIDADE DE PROTROMBINA

106,00 %

70,0 - 100,0 %

Notas

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

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

Edinival S. Oliveira  
Farmacêutica-Bioquímica  
CRF/RR 399



Responsável Técnico: Ronaldo Eduardo Costa Junior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

2a) Liberação do resultado mediante busca pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Av. Alameda Eduardo Gomes, 3300 - Aeroporto  
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2121 - 08.40  
Email: hgriab@yahoo.com.br

08/08/2018 09:17

Página 1 de 1



GOVERNO DE  
RORAIMA  
"A VERDADE FAZ ACONTECER"

**\*ALÉRGICA A DIPIRONA!**

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                       |            |       |      |               |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|-------|------|---------------|
|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>   |                                                       |            |       |      |               |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       |            |       |      |               |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       | 04/08/2018 |       | DIH  | DN 24/05/1952 |
| PACIENTE <b>ANEMILSA ALVES TEIXEIRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                       |            |       |      |               |
| AGNÓSTICO <b>FRATURA TIBIA E FIBULA ESQUERDO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                       |            |       |      |               |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                       | HAS        |       | DM2  |               |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | 66                                                    | LEITO      | 414-3 | DATA | 07/08/2018    |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              | PRESCRIÇÃO                                            |            |       |      | HORÁRIO       |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                      |            |       |      |               |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | AVP                                                   |            |       |      |               |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | CEFTAZIDIMA 1G EV 12/12HRS                            |            |       |      |               |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |            |       |      |               |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |            |       |      |               |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N <b>SUSPENSO!</b>           |            |       |      |               |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |            |       |      |               |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |            |       |      |               |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |            |       |      |               |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O              |            |       |      |               |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |            |       |      |               |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | CURATIVO DIÁRIO                                       |            |       |      |               |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |            |       |      |               |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |            |       |      |               |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |            |       |      |               |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |            |       |      |               |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                       |            |       |      |               |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b><br><b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br><b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b><br><b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b>                                                                                                                                   |                                                       |            |       |      |               |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ~~ATIVO, REATIVO, COMUNITATIVO~~,  
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFFBRIL, EUPNEICO,  
 NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO:  
 # CONDUTA:  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO  
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

18 OUT 2018  
 GENTE SEGURADORA SIA  
 Av. Capitão João Bazena, 404 - Boa Vista - RR

| SINAIS VITAIS |        |    |    |      |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H           | PA     | FC | FR |      |
| 12 H          | 130x70 | 81 | 19 | 36.6 |
| 18 H          | 140/81 | 88 | 20 | 36.8 |
| 24 H          | 130/70 | 81 | 20 |      |

Dr Odinachi Okemiri  
 Residente De Ortopedia e  
 Traumatologia

41hs Realizado após SSVV. Ngu  
 los cuidados de enfermagem

Suzana Maria M. do Nascimento  
 Téc. em Enfermagem  
 COREN-RR 081.713 - TE



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A VONTADE FAZ A DIFERENÇA"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: Anemilsa Alves Teixeira

Solicitação: 100223888

Número Interno:

Sexo: Feminino

Nasc: 24/05/1952 Idade: 66 ANO

Origem: HGR

Solicitante: ODINACHI OKEMIRI CRM-RR 1851

Data de Emissão: 06/08/2018 21:19

Sector: BLOCO D

Leito: 414-3

Recebimento:

### Resultado de Exame

Amostra: 1002238805

## TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Material: SORO

Métodologia: M24 - Imunocromatografia

TESTE RÁPIDO 01

CONCLUSÃO FINAL

Resultado

Não Reagente

AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA  
INFECÇÃO PELO HIV

Referência

NÃO REAGENTE

AMOSTRA NÃO REAGENTE

### Notas

Este laudo técnico está em acordo com o fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, aprovado pela Portaria nº 29 do Ministério da Saúde de 2013.

Os ensaios para o diagnóstico da infecção pelo HIV realizados pelo Núcleo de Laboratório são conduzidos usando os Kits Biodin Tri-Line, lote 039 como TR 01 e o Kit Bio-Manguinhos TR-DPP do lote 178S1009Z como TR 02.

Resultado NÃO REAGENTE para infecção pelo HIV no primeiro ensaio não descarta a possibilidade da infecção, devendo ser repetido após 30 dias na persistência da suspeita da infecção pelo HIV.

Resultados conclusivos de infecção pelo HIV em testes rápidos devem ser confirmados por meio da amplificação do RNA viral no exame de CARGA VIRAL da amostra do paciente.

Resultados REAGENTES para infecção pelo HIV no TR 01 e NÃO REAGENTE no TR2 não podem ser definidos pelo esquema diagnóstico empregado, devendo ser expressa Conclusão Diagnóstica como INCONCLUSIVO para infecção pelo HIV.

Quando a indeterminação do diagnóstico for atestada pelo esquema do fluxograma 01, sugerimos nova solicitação para submissão ao FLUXOGRAMA 03 (SOROLOGIA PARA HIV).

Não existe testes laboratoriais para diagnóstico de infecção pelo HIV que apresentem 100% de sensibilidade e especificidade, sendo plenamente plausível resultados falso Negativo, Falso positivo e Indeterminado ou Discrepantes na prática diária laboratorial.

Sumaila Lima dos Reis  
Bióquima  
CRF-RR 465

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18-08F-2018

GENTE SEGURADORA S/A

Rua Capitão João Buxerra, 444 - Boa Vista - RR

Responsável Técnico: Rosalvo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Av. Edgarda de Aguiar Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2121 - 0840  
Email: hgrlab@yahoo.com.br

08/08/2018 09:16

Página 1 de 1



GOVERNO DE  
RORAIMA  
"A VONTADE FAZ A DIFERENÇA"





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A VONTADE FAZ ACONTECER"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: Anemilsa Alves Teixeira Sexo: Feminino Naso: 24/05/1952 Idade: 66 ANO  
Solicitação: 10022388 Número Interno: Solicitante: ODINACH OKEMIRI CRM-RR 1851  
Origem: HGR Setor: BLOCO D Leito: 414-3  
Data de Emissão: 06/08/2018 21:19 Recebimento:

### Resultado de Exame

Amostra: 1002238804

### HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

#### LEUCOGRAMA

|             | Resultado                 | Referência                      |
|-------------|---------------------------|---------------------------------|
| LEUCÓCITOS  | 5.36 x10 <sup>3</sup> /uL | 4.0 - 10.0 x10 <sup>3</sup> /uL |
| NEUTRÓFILOS | 56.20 %                   | 50.0 - 70.0 %                   |
| LINFÓCITOS  | 28.10 %                   | 20.0 - 40.0 %                   |
| MONÓCITOS   | 9.70 %                    | 3.0 - 12.0 %                    |
| EOSINÓFILOS | 5.50 %                    | 0.5 - 5.0 %                     |
| BASÓFILOS   | 0.50 %                    | 0.0 - 1.0 %                     |

#### ERITROGRAMA

|             |                           |                                 |
|-------------|---------------------------|---------------------------------|
| ÉRITRÓCITOS | 3.40 x10 <sup>6</sup> /uL | 3.9 - 5.03 x10 <sup>6</sup> /uL |
| HEMOGLOBINA | 11.00 g/dL                | 12.0 - 16.0 g/dL                |
| HEMATÓCRITO | 32.70 %                   | 35.0 - 45.0 %                   |
| VCM         | 96.20 ug/L                | 77.0 - 101.0 ug/L               |
| HCM         | 32.30 pg                  | 27.0 - 34.0 pg                  |
| CHCM        | 33.60 g/dL                | 28.0 - 33.0 g/dL                |
| RDW CV      | 13.60 %                   | 11.0 - 16.0 %                   |
| RDW SD      | 55.50 fL                  | 35.0 - 58.0 fL                  |

#### PLAQUETOGRAMA

|           |                             |                                    |
|-----------|-----------------------------|------------------------------------|
| PLAQUETAS | 119.00 x10 <sup>3</sup> /uL | 150.0 - 400.0 x10 <sup>3</sup> /uL |
| VPM       | 10.30 fL                    | 6.5 - 12.0 fL                      |
| ADP       | 16.10                       | 9.0 - 17.0                         |
| PCT       | 0.122 %                     | 1.06 - 2.82 %                      |

  
Edinalva S. Oliveira  
Farmacêutica-Bioquímica  
CRM/RR 399



Responsável Técnico: Reinaldo Eduardo Costa Amorim - Responsável Técnico - CPF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

05/08/2018 09:17

Página 1 de 1

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Av. Celso Pinheiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69.310-009 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2121 - 0840  
E-mail: hgrlab@yafoe.com.br



GOVERNO DE  
RORAIMA  
A VONTADE FAZ ACONTECER

*Alergia à Dipirona*

|                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    |         |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|--|------|--|------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |  |         |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                              | 04/08/2018 |  | DIH  |  | DN 24/05/1952                                                                      |         |
| PACIENTE <b>ANEMILSA ALVES TEIXEIRA</b>                                                                                                                                                                    |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| AGNÓSTICO <b>FRATURA TIBIA E FIBULA ESQUERDO</b>                                                                                                                                                           |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                              | 66         |  | HAS  |  | DM2                                                                                |         |
| LEITO                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                              | 414-3      |  | DATA |  | 06/08/2018                                                                         |         |
| <b>PRESCRIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                       |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    | HORÁRIO |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                                                             |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 2                                                                                                                                                                                                          | AVP                                                                                                                                                                                                                                                          |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 4                                                                                                                                                                                                          | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                                                                                                                                                                        |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 7                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 8                                                                                                                                                                                                          | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                                                                      |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 9                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                                                                                                                                                                                                                                   |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 10                                                                                                                                                                                                         | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA                                                                                                                                                                                                       |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 11                                                                                                                                                                                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                                                                          |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 12                                                                                                                                                                                                         | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                                                                          |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 13                                                                                                                                                                                                         | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O                                                                                                                                                                                                                     |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 14                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                                                            |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 15                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 16                                                                                                                                                                                                         | <div style="border: 1px solid black; padding: 5px; display: inline-block;">                         ÁREA DE SINISTROS - DPVAT<br/>                         CONTEÚDO NÃO VERIFICADO<br/> <br/>                         18 OUT 2018                     </div> |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 17                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 18                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 19                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    |         |
| 20                                                                                                                                                                                                         | <b>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</b>                                            |            |  |      |  |                                                                                    |         |
|                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    |         |
|                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    |         |
|                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                              |            |  |      |  |                                                                                    |         |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

**SINAIS VITAIS**

| 6 H  | PA     | FC | FR | T      |
|------|--------|----|----|--------|
| 12 H | 130/80 | 80 | 16 | 36,5°C |
| 18 H | 124/75 | 85 | 17 | 36,5°C |
| 24 H | 120/70 | 80 | 20 | 36,5°C |

  
**Dr. Odinachi Okemiri**  
 Residente De Ortopedia e Traumatologia

06/08/2018 75 19

04/08/2018 04:55  
 04/08/2018 04:55



## SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

|                                                                                                                                                                                                                                                              |                       |                                                                        |                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|------------------------------------------------------------------------|---------------------|
| Bloco: <u>5</u>                                                                                                                                                                                                                                              | Data: <u>06.08.18</u> | Enfermaria:                                                            | Leito: <u>414-2</u> |
| Nome Completo: <u>Fernanda A. Teixeira</u>                                                                                                                                                                                                                   | Idade: <u>60</u>      | Sexo: <input checked="" type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |                     |
| Procedência:                                                                                                                                                                                                                                                 | Hipótese Diagnóstica: |                                                                        |                     |
| Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos   |                       |                                                                        |                     |
| Alergia: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual (is): <u>Dor</u>                                                                                                                                                          |                       |                                                                        |                     |
| Necessidade de intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual Idioma:                                                                                                                                                 |                       |                                                                        |                     |
| Possui acompanhante: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs:                                                                                                                                                               |                       |                                                                        |                     |
| Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input checked="" type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante |                       |                                                                        |                     |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso<br><input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |  | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC: _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso <input type="checkbox"/> Hipertenso PA: _____<br><input type="checkbox"/> Pulso Chelo <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico Pulso: _____                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |
| <b>PUPILAS</b><br><input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríaticas<br><input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT<br>Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial<br>Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena<br>Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente |  |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico<br><input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia<br><input type="checkbox"/> Hiperpirexia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido<br><input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico<br>Ruídos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente<br>Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                          |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada<br><input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada<br><input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica<br><input type="checkbox"/> Aclanótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____<br>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Região: _____<br>Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria<br><input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria<br><input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia<br>Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b><br>Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____<br>Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____<br>Sinais de Infecção no sítio de punção: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não<br>Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem<br>Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____<br>Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____<br>Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                          |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                          |
| <input type="checkbox"/> Deglutição<br><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada<br><input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável<br><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos<br><input type="checkbox"/> Volume de líquido: excessivo<br><input type="checkbox"/> Volume de líquido: deficiente<br><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de constipação<br><input type="checkbox"/> Diarreia<br><input type="checkbox"/> Incontinência intestinal<br><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado<br><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada<br><input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada<br><input type="checkbox"/> Conforto prejudicado | <input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz<br><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação<br><input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene<br><input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente<br><input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada<br><input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida<br><input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais<br><input type="checkbox"/> Risco de quedas<br><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal<br><input type="checkbox"/> Dor aguda<br><input type="checkbox"/> Dor crônica<br><input type="checkbox"/> Náusea<br><input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração<br><input type="checkbox"/> Risco de infecção<br><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada | Local: _____<br>Conteúdo não verificado<br>18 OUT 2018<br>GENTE SEGURADORA S/A<br>Av. Campos Sales, 144 - Boa Vista - RJ |





|                                                                                                                     |                       |                   |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------------|---------------------------------------------------|
| Bloco: 5                                                                                                            | Data: 05.02.19        | Enfermaria:       | Leito: 1                                          |
| Nome Completo: F. ...                                                                                               | Idade: 60             | Sexo: ( ) F ( ) M |                                                   |
| Procedência:                                                                                                        | Hipótese Diagnóstica: |                   |                                                   |
| Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não                                                                            | ( ) Padrão            | ( ) Contato       | ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos |
| Alergia: ( ) Sim ( ) Não                                                                                            | Qual (is):            |                   |                                                   |
| Necessidade de intérprete? ( ) Sim (X) Não                                                                          | Qual idioma:          |                   |                                                   |
| Possui acompanhante: (X) Sim ( ) Não                                                                                | Obs:                  |                   |                                                   |
| Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado (X) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante |                       |                   |                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--|
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso<br><input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |  |  |  | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico    BC: _____<br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso    PA: _____<br><input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico    Pulso: _____                                                                                                                                                                                                                                                            |  |  |  |
| <b>PUPILAS</b><br><input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríáticas<br><input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |  | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT<br>Aceitação da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial<br>Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena<br>Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input checked="" type="checkbox"/> Ausente |  |  |  |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico<br><input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia<br><input type="checkbox"/> Hiperpirexia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |  | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido<br><input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico<br>Ruídos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente<br>Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                       |  |  |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada<br><input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hipercoreada<br><input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica<br><input type="checkbox"/> Aclanótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____<br>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Região: _____<br>Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |  |  |  | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria<br><input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria<br><input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Eupneico <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia<br>Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    Qual: _____                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             |  |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |  |  |  |

**CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES**

Cateter Periférico: ☒ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_

Cateter Central: ☐ Sim ☐ Não Local: \_\_\_\_\_ Curativo realizado em: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_

Sinais de Infecção no sítio da punção: ☐ Sim ☒ Não

Sondas: ☐ Sim ☒ Não ☐ SNG ☐ SOG ☐ SNE ☐ SOE ☐ GTT ☐ Lavagem ☐ Sifonagem

Dreno de: \_\_\_\_\_ Aspecto da secreção: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_

Cateter Vesical: ☐ Sim ☒ Não Data da instalação: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_

Prótese: ☐ Sim ☐ Não Tipo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                        |                                                    |     |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----|
| ( ) Deglutição                                   | ( ) Padrão respiratório ineficaz                   | ( ) |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada             | ( ) Déficit no autocuidado para alimentação        | ( ) |
| ( ) Risco de glicemia instável                   | ( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene      | ( ) |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos | ( ) Conhecimento deficiente                        | ( ) |
| ( ) Volume de líquidos excessivo                 | ( ) Comunicação verbal prejudicada                 | ( ) |
| ( ) Volume de líquidos deficiente                | ( ) Risco de dignidade humana comprometida         | ( ) |
| ( ) Eliminação urinária prejudicada              | ( ) Processos familiares disfuncionais             | ( ) |
| ( ) Risco de constipação                         | ( ) Risco de quedas                                | ( ) |
| ( ) Diarreia                                     | ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | ( ) |
| ( ) Incontinência intestinal                     | ( ) Dor aguda                                      | ( ) |
| ( ) Padrão de sono prejudicado                   | ( ) Dor crônica                                    | ( ) |
| ( ) Mobilidade física prejudicada                | ( ) Náusea                                         | ( ) |
| ( ) Integridade da pele prejudicada              | ( ) Risco de broncoaspiração                       | ( ) |
| ( ) Risco de integridade da pele prejudicada     | ( ) Risco de infecção                              | ( ) |
| ( ) Conforto prejudicado                         | ( ) Ventilação espontânea prejudicada              | ( ) |

ÁREA DE SINISTROS - DE VAV

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Bezerra, 404 - Boa Vista - RJ



|                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------|
|  |  | <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>Serviço de Ortopedia e Traumatologia</b>                                                                                                   |  |  |  |  |                |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| <b>DATA DE ADMISSÃO</b>                                                           |  | 04/08/2018                                                                                                                                                                                                                 |  | <b>DIH</b>                                                                         |  | <b>DN</b>                                                                           |                |
| <b>PACIENTE</b>                                                                   |  | ANEMILSA ALVES TEIXEIRA                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| <b>DIAGNÓSTICO</b>                                                                |  | FRATURA TIBIA E FIBULA ESQUERDO                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| <b>ALERGIAS</b>                                                                   |  | HAS                                                                                                                                                                                                                        |  | DM2                                                                                |  |                                                                                     |                |
| <b>IDADE</b>                                                                      |  | 66                                                                                                                                                                                                                         |  | <b>LEITO</b>                                                                       |  | 414-3                                                                               |                |
| <b>DATA</b>                                                                       |  | 06/08/2018                                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| <b>ITEM</b>                                                                       |  | <b>PRESCRIÇÃO</b>                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                    |  |                                                                                     | <b>HORÁRIO</b> |
| 1                                                                                 |  | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                           |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 2                                                                                 |  | AVP                                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 4                                                                                 |  | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 7                                                                                 |  | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 8                                                                                 |  | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 9                                                                                 |  | DIPYRONA 1G EV DE 6/6H S/N                                                                                                                                                                                                 |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 10                                                                                |  | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA                                                                                                                                                                      |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 11                                                                                |  | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                                        |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 12                                                                                |  | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 13                                                                                |  | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 14                                                                                |  | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                          |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 15                                                                                |  | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 16                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 17                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 18                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 19                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
| 20                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                            |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |
|                                                                                   |  | <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |  |                                                                                    |  |                                                                                     |                |

### EVOLUÇÃO MÉDICA:

**#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO. SEM ALTERAÇÕES**

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANETERICO, APEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO :

# CONDOTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA ; NAO

# PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

COLEÇÃO DE LIVROS DE PRIMEIRA MÃO  
COLEÇÃO DE LIVROS DE PRIMEIRA MÃO  
COLEÇÃO DE LIVROS DE PRIMEIRA MÃO

18 OCT 2018

**GENTE SEGURO S.A.**  
 Av. Capatzen J. 308 • Barrio 404 • 201 • 101 • 101

Dr. Okunribi Okemiri  
Medical Practitioner  
Medicine & Traumatology  
081881851782

Dr. Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

| SINAIS VITAIS |        | Av. Capitão João Bezerra, 464 - 30060-000 - NIT |    |        |
|---------------|--------|-------------------------------------------------|----|--------|
| 6 H           | PA     | FC                                              | FR | T      |
| 12 H          | 130/80 | 80                                              | 16 | 5/term |
| 18 H          | 124/55 | 85                                              | 17 | 5/term |
| 24 H          | 130/80 | 80                                              | 17 | 5/term |

06 118/66 75 19



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A VONTADE FAZ ACONTECER"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: Anemilza Alves Teixeira

Sexo: Feminino

Nasc: 24/05/1952 Idade: 66 ANO

Solicitação: 10022388

Número Interno:

Solicitante: ODINACHI OKEMIRI CRM-RR 1851

Origem: HGR

Setor: BLOCO D

Leito: 414-3

Data de Emissão: 06/08/2018 21:19

Recebimento:

### Resultado de Exame

Mostra: 1002238804

### HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Métodologia: M26 - Automatizado (bc-5380)

#### LEUCOGRAMA

|             | Resultado                      | Referência                           |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| LEUCÓCITOS  | $5.36 \times 10^3/\mu\text{L}$ | 4.0 - 10.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$ |
| NEUTRÓFILOS | 56.20 %                        | 50.0 - 70.0 %                        |
| LINFÓCITOS  | 28.10 %                        | 20.0 - 40.0 %                        |
| MONÓCITOS   | 9.70 %                         | 3.0 - 12.0 %                         |
| EOSINÓFILOS | 5.50 %                         | 0.5 - 5.0 %                          |
| BASÓFILOS   | 0.50 %                         | 0.0 - 1.0 %                          |

#### ERITROGRAMA

|             |                                |                                      |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| ERITRÓCITOS | $3.40 \times 10^6/\mu\text{L}$ | 3.9 - 5.03 $\times 10^6/\mu\text{L}$ |
| HEMOGLOBINA | 11.00 g/dL                     | 12.0 - 16.0 g/dL                     |
| HEMATÓCRITO | 32.70 %                        | 35.0 - 45.0 %                        |
| VCM         | 96.20 $\mu\text{g/L}$          | 77.0 - 101.0 $\mu\text{g/L}$         |
| HCM         | 32.30 pg                       | 27.0 - 34.0 pg                       |
| CHCM        | 33.60 g/dL                     | 28.0 - 33.0 g/dL                     |
| RDW CV      | 13.60 %                        | 11.0 - 16.0 %                        |
| RDW SD      | 55.50 fL                       | 35.0 - 56.0 fL                       |

#### PLAQUETOGRAMA

|           |                                  |                                         |
|-----------|----------------------------------|-----------------------------------------|
| PLAQUETAS | $119.00 \times 10^3/\mu\text{L}$ | 150.0 - 400.0 $\times 10^3/\mu\text{L}$ |
| VPM       | 10.30 fL                         | 6.5 - 12.0 fL                           |
| ADP       | 16.10                            | 9.0 - 17.0                              |
| PCT       | 0.122 %                          | 1.08 - 2.82 %                           |

Edinara S Oliveira  
Farmacêutica-Bioquímica  
CRF/RR 399

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 464 - Boa Vista - RR

Responsável Técnico: Rinaldo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Av. Celso de Figueiredo, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2121 - 0640  
Email: hgriab@yahoo.com.br

06/08/2018 09:17

Página 1 de 1



GOVERNO DE  
RORAIMA  
A VONTADE FAZ ACONTECER



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A VONTADE FAZ ACONTECER"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



|                                          |                       |                                                  |
|------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|
| Paciente: <b>Anemilsa Alves Teixeira</b> | Sexo: <b>Feminino</b> | Nasc: <b>24/05/1952</b> Idade: <b>66 ANO</b>     |
| Solicitação: <b>10022388</b>             | Número Interno:       | Solicitante: <b>ODINACHI OKEMIRI CRM-RR 1851</b> |
| Origem: <b>HGR</b>                       | Setor: <b>BLOCO D</b> | Leito: <b>414-3</b>                              |
| Data de Emissão: <b>06/08/2018 21:19</b> | Recebimento:          |                                                  |

#### Resultado de Exame

Amostra: **1002238805**

#### TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Material: **SORO**

Metodologia: **M24 - Imunocromatografia**

TESTE RÁPIDO 01

CONCLUSÃO FINAL

Resultado

**Não Reagente**

**AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA  
INFECÇÃO PELO HIV**

Referência

**NÃO REAGENTE**

**AMOSTRA NÃO REAGENTE**

#### Notas

Este laudo técnico está em acordo com o fluxograma 01 do manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV, aprovado pela portaria nº 29 do Ministério da Saúde de 2013.

Os ensaios para o diagnóstico da infecção pelo HIV realizados pelo Núcleo de Laboratório são conduzidos usando os Kits Bioclin Tri-Line, lote 039 como TR 01 e o Kit Bio-Manguinhos TR-DPP do lote 17851009Z como TR 02.

Resultado **NÃO REAGENTE** para infecção pelo HIV no primeiro ensaio não descarta a possibilidade da infecção, devendo ser repetido após 30 dias na persistência da suspeita da infecção pelo HIV.

Resultados conclusivos de infecção pelo HIV em testes rápidos devem ser confirmados por meio da amplificação do RNA viral no exame de CARGA VIRAL da amostra do paciente.

Resultados **REAGENTES** para infecção pelo HIV no TR 01 e **NÃO REAGENTE** no TR2 não podem ser definidos pelo esquema diagnóstico empregado, devendo ser expressa Conclusão Diagnóstica como **INCONCLUSIVO** para infecção pelo HIV.

Quando a indeterminação do diagnóstico for atestada pelo esquema do fluxograma 01, sugerimos nova solicitação para submissão ao FLUXOGRAMA 03 (SOROLOGIA PARA HIV).

Não existe testes laboratoriais para diagnóstico da infecção pelo HIV que apresentem 100% de sensibilidade e especificidade, sendo plenamente plausível resultados falso Negativo, Falso positivo e Indeterminado ou Discrepantes na prática diária laboratorial.

Sumaila Lima dos Reis  
Bióquimico  
CRF-RR 465



Responsável Técnico: Renato Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

06/08/2018 09:16

Página 1 de 1

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2121 - 0840  
Email: hgrlab@yahoo.com.br



GOVERNO DE  
RORAIMA  
A VONTADE FAZ ACONTECER



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A VONTADE FAZ ACONTECER"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: Anemilsa Alves Teixeira

Sexo: Feminino

Nasc: 24/05/1952 Idade: 66 ANO

Solicitação: 10022388

Número Interno:

Solicitante: ODINACHI OKEMIRI CRM-RR 1851

Origem: HGR

Sector: BLOCO D

Leito: 414-3

Data de Emissão: 06/08/2018 21:19

Recebimento:

### Resultado de Exame

Amostra: 1002238802

### DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO

Métodologia: M11 - Cinético Pícrato Alcalino

Resultado

0.67 mg/dL

Referência

0.6 - 1.2 mg/dL

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 GLICOSE EM JEJUM

Material: SORO

Métodologia: M01 - Enzimático Colorimétrico (glicose-oxidase)

Resultado

102.64 mg/dL

Referência

60.0 - 99.0 mg/dL

GLICOSE BASAL

### DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO

Métodologia: M17 - Cinético Uv (urease)

Resultado

26.76 mg/dL

Referência

15.0 - 40.0 mg/dL

URÉIA

### PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO

Métodologia: M22 - Imunoturbidimetria

Resultado

28.76 mg/L

Referência

0.0 - 8.0 mg/L

PROTEÍNA C REATIVA

*Dante*

Dante Sílvia Paiva Silveira  
Bioquímica  
CRF-RR 169



Responsável Técnico: Raimundo Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Av. Edgardo Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2121 - 0640  
Email: hgriab@yahoo.com.br

06/08/2018 09:17

Página 1 de 1



GOVERNO DE  
RORAIMA  
A VONTADE FAZ ACONTECER





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
A VONTADE FAZ ACONTECER  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



Paciente: **Anemilsa Alves Teixeira** Sexo: Feminino Nasc: 24/05/1952 Idade: 66 ANO  
Solicitação: 10022388 Número Interio: Solicitante: ODINACHI OKEMIRI CRM-RR 1851  
Origem: - HGR Setor: BLOCO D Leito: 414-3  
Data de Emissão: 06/08/2018 21:19 Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 1002238803

ANALISE DE CARACTERES FISICOS, ELEMENTOS E SEDIMENTO DA URINA

Material: URINA ROTINA

Metodologia: M31 - Indeterminada

Resultado

Referência

FISICO-QUÍMICO

|           |                 |                |
|-----------|-----------------|----------------|
| VOLUME    | 10 mL           | 10,0 - 12,0 mL |
| COR       | Amarelo Citrino | AMARELO CLARO  |
| DEPÓSITO  | Ausente         | AUSENTE        |
| PH        | 6.5             | 5.5 - 6.6      |
| DENSIDADE | 1.005           | 1005 - 1015    |
| ASPECTO   | Semi-Turvo      | LIMPIDO        |
| ODOR      | Suigeneris      | SUIGENERIS     |

QUÍMICO

|                       |                |                |
|-----------------------|----------------|----------------|
| CORPOS CETÔNICOS      | Negativo mg/dL | NEGATIVO mg/dL |
| HEMOGLOBINA           | Negativo       | NEGATIVO       |
| PROTEÍNAS             | Negativo g/dL  | NEGATIVO g/dL  |
| BILIRRUBINA           | +              | NEGATIVO       |
| UROBILINOGÊNIO        | 0.2 mg/dL      | ATÉ 0.2 mg/dL  |
| NITRITOS              | Negativo       | NEGATIVO       |
| GLICOSE               | Negativo mg/dL | NEGATIVO mg/dL |
| LEUCÓCITOS (ESTERASE) | ++             | NEGATIVO       |

SEDIMENTOSCOPIA

|                    |                         |           |
|--------------------|-------------------------|-----------|
| CÉLULAS EPITELIAIS | Algumas                 | RARAS     |
| LEUCÓCITOS         | 6 p/c                   | 0 - 5 p/c |
| HEMÁCIAS           | 3 p/c                   | 0 - 3 p/c |
| CRISTAIS           | Ausente                 | AUSENTE   |
| CILINDROS          | Ausente                 | AUSENTE   |
| MUCO               | Presente                | AUSENTE   |
| BACTÉRIAS          | Moderadamente Aumentada | AUSENTE   |

Thayllor O. Taveiro Santos  
Bióquímico  
CRF-RR 593

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

Responsável Técnico: Renato Eduardo Costa Júnior - Responsável Técnico - CRF - RR 122

Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

08/08/2018 09:17

Página 1 de 1

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Av. Eduardo de Aguiar, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2121 - 0640  
E-mail: hgrlab@yahoo.com.br



GOVERNO DE  
RORAIMA  
A VONTADE FAZ ACONTECER



|                                                                                                                                                                                                                                                   |                       |             |                                                             |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|-------------------------------------------------------------|
| Bloco:                                                                                                                                                                                                                                            | Data:                 | Enfermaria: | Leito:                                                      |
| Nome Completo:                                                                                                                                                                                                                                    | Idade:                |             | Sexo: <input type="checkbox"/> F <input type="checkbox"/> M |
| Procedência:                                                                                                                                                                                                                                      | Hipótese Diagnóstica: |             |                                                             |
| Isolamento ou Precap: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotícula - aerossol <input type="checkbox"/> Gotícula - perdigotos      |                       |             |                                                             |
| Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual (is):                                                                                                                                                                     |                       |             |                                                             |
| Necessidade de Intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual Idioma:                                                                                                                                                 |                       |             |                                                             |
| Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Obs:                                                                                                                                                               |                       |             |                                                             |
| Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> Cadeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprometida/cambaleante |                       |             |                                                             |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b><br><input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso<br><input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |  |  | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br><input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taicárdico    BC: _____<br><input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso    PA: _____<br><input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico    Pulso: _____                                                                                                                                                                                                                                                   |  |  |
| <b>PUPILAS</b><br><input type="checkbox"/> Fotorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midríaticas<br><input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br><input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT<br>Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial<br>Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena<br>Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente |  |  |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br><input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico<br><input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirexia<br><input type="checkbox"/> Hiperpirexia                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b><br><input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido<br><input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Moleço <input type="checkbox"/> Timpânico<br>Ruídos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente<br>Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                 |  |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br><input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada<br><input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hiperacorada<br><input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica<br><input type="checkbox"/> Acianótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____<br>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Região: _____<br>Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO |  |  | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b><br><input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria<br><input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria<br><input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uropen                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |

| SISTEMA RESPIRATÓRIO |                 |                 |               |                 |                   |
|----------------------|-----------------|-----------------|---------------|-----------------|-------------------|
| ( ) Eupneico         | ( ) Bradipneico | ( ) Taquipneico | ( ) Dispneico | ( ) Ar ambiente | ( ) Traqueostomia |
| Oxigenoterapia       | ( ) Sim ( ) Não | Qual: _____     |               |                 |                   |

| CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                              |                                  |                                    |
|--------------------------------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|
| Cateter Periférico:                                    | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Local:                       | Data:                        |                              | Trocar em:                   |                              |                                  |                                    |
| Cateter Central:                                       | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | Local:                       | Curativo realizado em:       |                              | Trocar em:                   |                              |                                  |                                    |
| Sinais de infecção no sítio da punção:                 |                              |                              | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não |                              |                              |                              |                                  |                                    |
| Sondas:                                                | <input type="checkbox"/> Sim | <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> SNG | <input type="checkbox"/> SOG | <input type="checkbox"/> SNE | <input type="checkbox"/> SOE | <input type="checkbox"/> GTT | <input type="checkbox"/> Lavagem | <input type="checkbox"/> Sifonagem |
| Dreno de:                                              | Aspecto da secreção:         |                              |                              | Quantidade:                  |                              |                              |                              |                                  |                                    |

Cateter Vesical: ☐ Sim ☐ Não      Data da Instalação: \_\_\_\_\_      Trocar em: \_\_\_\_\_  
Prótese: ☐ Sim ☐ Não      Tipo: \_\_\_\_\_      Local: \_\_\_\_\_

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                        |                                                    |           |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------|
| ( ) Deglutição                                   | ( ) Padrão respiratório ineficaz                   | ( ) _____ |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada             | ( ) Déficit no autocuidado para alimentação        | ( ) _____ |
| ( ) Risco de glicemia instável                   | ( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene      | ( ) _____ |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos | ( ) Conhecimento deficiente                        | ( ) _____ |
| ( ) Volume de líquidos excessivo                 | ( ) Comunicação verbal prejudicada                 | ( ) _____ |
| ( ) Volume de líquidos deficiente                | ( ) Risco de dignidade humana comprometida         | ( ) _____ |
| ( ) Eliminação urinária prejudicada              | ( ) Processos familiares disfuncionais             | ( ) _____ |
| ( ) Risco de constipação                         | ( ) Risco de quedas                                | ( ) _____ |
| ( ) Diarreia                                     | ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | ( ) _____ |
| ( ) Incontinência intestinal                     | ( ) Dor aguda                                      | ( ) _____ |
| ( ) Padrão de sono prejudicado                   | ( ) Dor crônica                                    | ( ) _____ |
| ( ) Mobilidade física prejudicada                | ( ) Náusea                                         | ( ) _____ |
| ( ) Integridade da pele prejudicada              | ( ) Risco de broncoaspiração                       | ( ) _____ |
| ( ) Risco de integridade da pele prejudicada     | ( ) Risco de infecção                              | ( ) _____ |
| ( ) Conforto prejudicado                         | ( ) Ventilação espontânea prejudicada              | ( ) _____ |

*\* ALÉRGICA A DÍPIRONA!*



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



|                  |                                                                                                                                                                                                                     |       |       |            |
|------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 04/08/2018                                                                                                                                                                                                          | DIH   | DN    | 24/05/1952 |
| PACIENTE         | ANEMILSA ALVES TEIXEIRA                                                                                                                                                                                             |       |       |            |
| AGNÓSTICO        | FRATURA TIBIA E FIBULA ESQUERDO                                                                                                                                                                                     |       |       |            |
| ALERGIAS         | HAS                                                                                                                                                                                                                 | DM2   |       |            |
| IDADE            | 66                                                                                                                                                                                                                  | LEITO | 414-3 | DATA       |
| 08/08/2018       |                                                                                                                                                                                                                     |       |       |            |
| ITEM             | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                          |       |       | HORÁRIO    |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                    |       |       |            |
| 2                | AVP                                                                                                                                                                                                                 |       |       |            |
| 4                | CEFTAZIDIMA 1G EV 12/12HRS                                                                                                                                                                                          |       |       |            |
| 7                | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                                                                                                                                                                                     |       |       |            |
| 8                | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                             |       |       |            |
| 9                | DÍPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N                                                                                                                                                                                          |       |       |            |
| 10               | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA                                                                                                                                                               |       |       |            |
| 11               | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                                 |       |       |            |
| 12               | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                                 |       |       |            |
| 13               | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O                                                                                                                                                                            |       |       |            |
| 14               | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                   |       |       |            |
| 15               | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                     |       |       |            |
| 16               |                                                                                                                                                                                                                     |       |       |            |
| 17               |                                                                                                                                                                                                                     |       |       |            |
| 18               |                                                                                                                                                                                                                     |       |       |            |
| 19               |                                                                                                                                                                                                                     |       |       |            |
| 20               | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |       |       |            |

ÁREA DE SINISTROS - DPMV  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
 Rua 404 - Boa Vista - RR

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
- # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # SOLICITADO:
- # CONDUTA:
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO
- # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO



Dr. Odinechi Okemiri  
 Médico Assistente  
 Ortopedia e Traumatologia

| SINAIS VITAIS | PA     | FC | FR | Temp   | Sat |
|---------------|--------|----|----|--------|-----|
| 6 H           | 120x80 | 70 | 20 | 37,2°C | 95% |
| 12 H          | 140x80 | 70 | 20 | 37,2°C | 95% |
| 18 H          | 120x80 | 70 | 20 | 37,2°C | 95% |
| 24 H          | 120x80 | 70 | 20 | 37,2°C | 95% |

Dr. Odinechi Okemiri  
 Residente De Ortopedia e Traumatologia

*X ALERGICA A DIPIRONA!*

*M*



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



|                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                       |       |       |      |            |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                | 04/08/2018                                            | DIH   |       | DN   | 24/05/1952 |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                                        | ANEMILSA ALVES TEIXEIRA                               |       |       |      |            |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                                       | FRATURA TIBIA E FIBULA ESQUERDO                       |       |       |      |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                        | HAS DM2                                               |       |       |      |            |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                           | 66                                                    | LEITO | 414-3 | DATA | 07/08/2018 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                            | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                                                               | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |      |            |
| 2                                                                                                                                                                                                                                               | AVP                                                   |       |       |      |            |
| 4                                                                                                                                                                                                                                               | CEFTAZIDIMA 1G EV 12/12HRS                            |       |       |      |            |
| 7                                                                                                                                                                                                                                               | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |       |       |      |            |
| 8                                                                                                                                                                                                                                               | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |      |            |
| 9                                                                                                                                                                                                                                               | DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N <i>SUSPENSO!</i>           |       |       |      |            |
| 10                                                                                                                                                                                                                                              | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |      |            |
| 11                                                                                                                                                                                                                                              | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |       |      |            |
| 12                                                                                                                                                                                                                                              | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |       |       |      |            |
| 13                                                                                                                                                                                                                                              | OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O              |       |       |      |            |
| 14                                                                                                                                                                                                                                              | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |       |       |      |            |
| 15                                                                                                                                                                                                                                              | CURATIVO DIÁRIO                                       |       |       |      |            |
| 16                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |       |       |      |            |
| 17                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |       |       |      |            |
| 18                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |       |       |      |            |
| 19                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |       |       |      |            |
| 20                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |       |       |      |            |
| <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b><br><b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b><br><b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE</b><br><b>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |                                                       |       |       |      |            |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.  
 # SOLICITADO:  
 # CONDUTA:  
 # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO  
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

ÁREA DE REGISTRO - CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 OUT 2018

GENTE SEGURADORA S/A

| SINAIS VITAIS | 130/70 | 92 |    |      |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H           | PA     | FC | FR |      |
| 12 H          | 130/70 | 81 | 19 | 26,6 |
| 18 H          | 140/81 | 88 | 20 | 36,8 |
| 24 H          | 130/70 | 80 | 20 |      |

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e Traumatologia

*41hs Realizado após SSVV. Nogueira  
 OS cuidados de enfermagem  
 Suzana Maria de do Nascimento  
 Téc. em Enfermagem  
 COREN-RR 081.713 - TE*





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
"A Unidade faz a diferença"  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
NÚCLEO DE LABORATÓRIO



|                                          |                       |                                                  |                      |
|------------------------------------------|-----------------------|--------------------------------------------------|----------------------|
| Paciente: <b>Anemilsa Alves Teixeira</b> | Sexo: <b>Feminino</b> | Nasc: <b>24/05/1952</b>                          | Idade: <b>66 ANO</b> |
| Solicitação: <b>10022388</b>             | Número Interno:       | Solicitante: <b>ODINACHI OKEMIRI CRM-RR 1851</b> |                      |
| Origem: <b>HGR</b>                       |                       | Setor: <b>BLOCO D</b>                            | Leito: <b>414-3</b>  |
| Data de Emissão: <b>06/08/2018 21:19</b> |                       | Recebimento:                                     |                      |

#### Resultado de Exame

Amostra: 1002238801

#### COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: **PLASMA**

Métodologia: **M33 - Automatizado (destiny Plus)**

TEMPO DE PROTROMBINA

Resultado  
**11,70 seg**

Referência

10,0 - 14,0 seg

RNI

**0,98** ✓

0,8 - 1,2

TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA

**30,20 seg**

25,0 - 39,0 seg

RATIO

**0,94**

null

ATIVIDADE DE PROTROMBINA

**106,00 %**

70,0 - 100,0 %

#### Notas

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.

  
Edinalva S. Oliveira  
Farmacêutica-Bioquímica  
CRF/RR 399



Responsável Técnico: **Reinaldo Eduardo Costa Júnior** - Responsável Técnico - CRF - RR 122  
Obs: Liberação do resultado mediante senha pessoal

Hospital Geral de Roraima - Núcleo de Laboratório  
Av. Brigadeiro Eduardo Gomes, 3308 - Aeroporto  
CEP: 69.310-005 - Boa Vista - Roraima - Brasil  
Telefone: (95) 2121 - 0640  
Email: hgrlab@yahoo.com.br

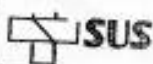
06/08/2018 00:17

Página 1 de 1



GOVERNO DE  
**RORAIMA**  
A VONTADE FAZ ACONTECER

BLOCO D



Sistema  
Único de  
Saúde  
Ministério  
da  
Saúde

# LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

## IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE

1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE

2 - CNES

4 - CNES

## IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

5 - NOME DO PACIENTE

Amélia Maria Teixeira

7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)

910140891364920116

8 - DATA DE NASCIMENTO

24/05/62

6 - Nº DO PRONTUÁRIO

1865

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL

Francine Alves de Jesus

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

Rua Azeiteira 184, SS Benta

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

Boa Vista

11 - TELEFONE DE CONTATO

1º DO TELEFONE

14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO

15 - UF

21

16 - CEP

17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS

## JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Justiça de Deus de Paula

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 OUT 2018

18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO

Justiça de Deus de Paula

GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RS

AUTENTICAÇÃO

28 SET 2019

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

RK

20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

Justiça de Deus de Paula

21 - CID 10 PRINCIPAL 22 - CID 10 SECUNDÁRIO 23-CD 19 CAUSAS ASSOCIADAS

24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

## PROCEDIMENTO SOLICITADO

Justiça de Deus de Paula

25 - CLÍNICA

27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO

28 - DOCUMENTO

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

30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE

Justiça de Deus de Paula

31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

04/08/19

32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)

## PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

36 - CNPJ DA SEGURADORA

37 - Nº DO BILHETE

38 - SÉRIE

34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO

39 - CNPJ EMPRESA

40 - CNAE DA EMPRESA

41 - CBOE

35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO

42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA

( ) EMPREGADO

( ) EMPREGADOR

( ) AUTÔNOMO

( ) DESEMPREGADO

( ) APOSENTADO

( ) NÃO SEGURADO

43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

## AUTORIZAÇÃO

44 - Cód. ÓRGÃO EMISSOR

49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

45 - DOCUMENTO

46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPP) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR

( ) CNS

( ) CPF

47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

04/08/19

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

0308010019  
5822 T068  
W499

at 9.0

Assinado digitalmente por Rafaela Santana Nogueira

Assinado digitalmente por Rafaela Santana Nogueira

Assinado digitalmente por Rafaela Santana Nogueira

Assinado digitalmente por Rafaela Santana Nogueira

Assinado digitalmente por Rafaela Santana Nogueira

Assinado digitalmente por Rafaela Santana Nogueira

0.102.5.252.8888/IS4/4/07/BI/BI/C7-226F-4DD8-B3780-CBDD853D6ACD.html



# Foto para - Dr. Juarez

Victima de dois pontos com tumor entre os  
para (R). RX mandando Fl com  
um de para:

CD. Tumorizante

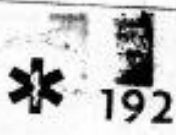
Tumor an simplice.



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 OUT 2018

GENTE SEGURODORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

|                                                                                                                                                                                    |          |                                                                                                                                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>PREFEITURA</b><br><b>BOA VISTA</b>                                                                                                                                              |          | <b>FICHA DE ATENDIMENTO</b>                                                                                                                                                                         |         | <b>Nº</b> 1641                                                                                                                                                                                                                       |              |                                                                      |                   |                                                                                                                                   |  |
| UNIDADE: 114                                                                                                                                                                       |          | EQUIPE: HELINALDO / LUCIVAL                                                                                                                                                                         |         |                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |
| Paciente: ANEMILSA ALVES TEIXEIRA                                                                                                                                                  |          | Idade: 63                                                                                                                                                                                           |         | Sexo: F                                                                                                                                                                                                                              |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |
| Nacionalidade: BRASILEIRA                                                                                                                                                          |          | Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena-Etnia [ ]                                                                                                                                 |         | Bairro: CONTENÁRIO                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |
| Endereço: AV. CENTENÁRIO                                                                                                                                                           |          | Nº 14524                                                                                                                                                                                            |         | DATA 04/08/18                                                                                                                                                                                                                        |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |
| MOTIVO DO ACIONAMENTO: ACIDENTE MOTOX BICICLETA                                                                                                                                    |          | HORA J/9 17:44                                                                                                                                                                                      |         | BASE X VIA [ ]                                                                                                                                                                                                                       |              | [ ] RÁDIO [ ] CELULAR                                                                                                                                   |                   |                                                                                                                                   |  |
| ACIONAMENTO: [X] SOCORRO [ ] TRANSPORTE [ ] ATENDIDO NA BASE [ ] OUTRO                                                                                                             |          | HORA J/19 17:50                                                                                                                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |
| INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora [X] 1 a 3 horas [ ] 4 a 24 horas [ ] Mais de 24 horas [ ] Não sabe [ ]                                                                        |          |                                                                                                                                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |
| <b>AUTOMÓVEL</b><br>[ ] Capotamento<br>[ ] Atropelamento<br>[ ] Colisão AUTO x<br>[ ] Motorista<br>[ ] Passageiro Banco dianteiro<br>[ ] Passageiro Banco traseiro                 |          | <b>MOTOCICLETA / BICICLETA</b><br>[ ] Colisão MOTO x<br>[ ] Queda de moto<br>[ ] Atropelamento<br>[ ] Queda de Bicicleta<br>[ ] Bato                                                                |         | <b>MECANISMO DE TRAUMA</b><br><b>AUTOMÓVEL</b><br>[ ] Uso do cinto<br>[ ] Vítila projetada<br>[ ] Vítila encarcerada<br>[ ] Air Bag Acionado<br><b>MOTOCICLETA / BICICLETA</b><br>[ ] Com capacete<br>[ ] Sem capacete<br>[ ] Garupa |              | <b>VIOLÊNCIA</b><br>[ ] FAB<br>[ ] FAF<br>[ ] Espancamento<br>[ ] Violência Doméstica<br>[ ] Violência Sexual<br>[ ] Tentativa de suicídio<br>[ ] Outro |                   |                                                                                                                                   |  |
| <b>PEDESTRE</b><br>[ ] Atropelamento<br>[ ] VIA [ ] CALÇADA                                                                                                                        |          | <b>OUTROS</b><br>[ ] Ac. De Trabalho [ ] Local [ ] Trajeto<br>[ ] Queda, Altura aprox.<br>[ ] Acidente Doméstico<br>[ ] Queimadura Agente<br>[ ] Afogamento<br>[ ] Agressão p/ animal<br>[ ] Outros |         |                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |
| <b>VIAS AÉREAS</b><br>[ ] Livre<br>[ ] Obstrução Parcial<br>[ ] Obstrução Total<br>[ ] Corpo estranho<br>[ ] Edema de Glote<br>[ ] Outro                                           |          | <b>VENTILAÇÃO</b><br>[ ] Eupneico<br>[ ] Apnéia<br>[ ] Dispneia<br>[ ] Bradipnéia<br>[ ] Taquipnéia<br>[ ] Róscos<br>[ ] Sibilos<br>[ ] Respiração paradoxal                                        |         | <b>AValiação INICIAL</b><br><b>CIRCULAÇÃO</b><br>[X] Normocárdico<br>[ ] Bradicárdico<br>[ ] Taquicárdico<br>[ ] Arritmico<br>[ ] Enchimento capilar acima de 2"<br>[ ] Ausente<br>[ ] Cianose central<br>[ ] Cianose de extremidade |              | <b>AVAl NEUROLÓGICA</b><br>[ ] AVDN<br>[ ] Miose<br>[ ] Midriase<br>[ ] Anisocoria [ ] O [ ] E<br>[ ] Aparentemente Estilizado<br>[ ] GLASGOW           |                   |                                                                                                                                   |  |
| <b>SINAIS VITAIS E ESCORES</b>                                                                                                                                                     |          |                                                                                                                                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |
| Hora                                                                                                                                                                               | P.A mmHg | F.C Bpm                                                                                                                                                                                             | F.R Mpm | Sat O <sub>2</sub> %                                                                                                                                                                                                                 | T. Axilar °C | Glicemia                                                                                                                                                | Esc. visual "DOR" | APGAR                                                                                                                             |  |
| 18:00                                                                                                                                                                              | 130x90   | 102                                                                                                                                                                                                 | 20      | 97                                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |
| 18:20                                                                                                                                                                              | 130x90   |                                                                                                                                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |
| <b>AValiação SECUNDÁRIA</b>                                                                                                                                                        |          |                                                                                                                                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |
| <b>Pele</b><br>[X] Corada<br>[ ] Quente<br>[ ] Palida<br>[ ] Fria<br>[ ] Úmida<br>[ ] Seca<br>[ ] Cianótica                                                                        |          | <b>Cabeça</b><br>[ ] Contusão<br>[ ] Escoriação<br>[ ] Laceração<br>[ ] Hematoma<br>[ ] Abundamento<br>[ ] Fer penetrante                                                                           |         | <b>Face</b><br>[ ] Contusão<br>[ ] Escoriações<br>[ ] Lacerações<br>[ ] Ferimento ocular<br>[ ] Luxação<br>[ ] Mandíbula                                                                                                             |              | <b>Pescoço</b><br>[ ] Escoriações<br>[ ] Lacerações<br>[ ] Hematoma<br>[ ] Desvio da traqueia<br>[ ] Enfisma Subcutâneo                                 |                   | <b>Tórax</b><br>[ ] Dor<br>[ ] Escoriações<br>[ ] Lacerações<br>[ ] Contusão pulmonar<br>[ ] Ferida Aspirativa<br>[ ] Empalamento |  |
| <b>Pelve</b><br>[ ] Contusão<br>[ ] Escoriações<br>[ ] Dor<br>[ ] Instabilidade<br>[ ] Crepitação                                                                                  |          | <b>Coluna Dorsal</b><br>[ ] Contusão<br>[ ] Hematoma<br>[ ] Dor<br>[ ] Escoriações<br>[ ] Crepitação                                                                                                |         | <b>MMSS</b><br>[ ] Contusão<br>[ ] Escoriações<br>[ ] Luxações<br>[ ] Lacerações<br>[ ] Fratura<br>[ ] Amputação<br>[ ] Crepitação                                                                                                   |              | <b>MMII</b><br>[ ] Contusão<br>[ ] Escoriações<br>[ ] Luxações<br>[ ] Lacerações<br>[ ] Fratura<br>[ ] Amputação<br>[ ] Crepitação                      |                   | <b>OCULAR</b><br>[ ] Espontânea<br>[ ] Ao comando<br>[ ] A dor<br>[ ] Sem resposta                                                |  |
| <b>VERBAL</b><br>[ ] Orientado<br>[ ] Confuso<br>[ ] 3 Palavras inapropriadas<br>[ ] 2 Palavras incomprensíveis<br>[ ] Sem resposta                                                |          | <b>MOTORA</b><br>[ ] Obedece a comandos<br>[ ] Localiza a dor<br>[ ] 4 Movimento de retirada<br>[ ] 3 Flexão anormal<br>[ ] 2 Extensão anormal<br>[ ] Sem resposta                                  |         |                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |
| <b>AValiação CARDIACA</b><br>[ ] Ritmo Sinusal<br>[ ] Taquicardia<br>[ ] Bradicardia<br>[ ] Flutuer                                                                                |          | <b>FIBRILAÇÃO CLÍNICA</b><br>[ ] Fibrilação atrial<br>[ ] Fibrilação ventricular<br>[ ] Assistolia                                                                                                  |         | <b>AFECÇÃO CLÍNICA</b><br>[ ] Respiratória<br>[ ] Neurológica<br>[ ] Psiquiátrica<br>[ ] Metabólica<br>[ ] Cardiovascular<br>[ ] Aborto                                                                                              |              | <b>HISTÓRIA PEGRESSA</b><br>[ ] Diabetes<br>[ ] Cardiopatia<br>[ ] HAS<br>[ ] Medicação de uso                                                          |                   | <b>Alergias</b><br>[ ] Outros                                                                                                     |  |
| <b>GRAVIDADE PRESUMIDA</b><br>[ ] ILESO [ ] PEQUENA [ ] MEDIA [ ] SEVERA                                                                                                           |          |                                                                                                                                                                                                     |         |                                                                                                                                                                                                                                      |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |
| <b>INCIDENTE</b><br>[ ] Cancelamento<br>[ ] Recusa de Atendimento<br>[ ] Não se encontrava no local - EVASÃO<br>[ ] Recusa de hospitalização<br>[ ] Trote<br>[ ] Bombeiro no local |          | <b>Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)</b>                                                                                                                                             |         | <b>MULTIPLoS MEIOS ACIONADOS</b><br>[X] Polícia Militar<br>[ ] Guarda Municipal<br>[ ] SMTRAN<br>[ ] Bombeiro<br>[ ] Outros                                                                                                          |              | <b>CONFERE COM O ORIGINAL</b><br>EM: 14/09/18                                                                                                           |                   |                                                                                                                                   |  |
| <b>RCP</b><br>[ ] Iniciada as<br>[ ] RCP com sucesso<br>[ ] RCP sem sucesso<br>[ ] Obs                                                                                             |          | <b>TERMINO as</b>                                                                                                                                                                                   |         | <b>OBSERVAÇÕES</b>                                                                                                                                                                                                                   |              |                                                                                                                                                         |                   |                                                                                                                                   |  |

|              |                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                              |                                                                                                                                           |
|--------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| DESTINO      | <input type="checkbox"/> Atendido no local<br><input checked="" type="checkbox"/> Trauma HGR<br><input type="checkbox"/> Pronto Atendimento - HGR<br><input type="checkbox"/> Coronel Mota  | <input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS<br><input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA<br><input type="checkbox"/> HMINSN | <input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR<br><input type="checkbox"/> Hosp. Lottelins - HLJ<br><input type="checkbox"/> Outros |
|              | Declaro, para os devidos fins, que fui devidamente atendido pelo SAMU, recebi as orientações sobre o meu caso, não sendo necessário, no momento, o meu encaminhamento à unidade hospitalar. |                                                                                                                                              |                                                                                                                                           |
| CASO CLÍNICO | Assinatura do Paciente _____ RG: _____                                                                                                                                                      |                                                                                                                                              |                                                                                                                                           |

|                        |                                                                                                                                                           |
|------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| PERTINENCE DO PACIENTE | Descrição:                                                                                                                                                |
|                        | Nome do Receptor:                                                                                                                                         |
|                        | Função do Receptor:                                                                                                                                       |
|                        | Assinatura do Receptor:                                                                                                                                   |
| TERMO DE RECUSA        | [ ] Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>atendimento pré-hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:         |
|                        | [ ] Declaro para os devidos fins que estou recusando o <u>transporte para unidade hospitalar</u> disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade: |
|                        | Assinatura do Paciente: _____ RG: _____                                                                                                                   |
|                        | TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____                                                                                                                            |
|                        | TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____                                                                                                                            |

| GESTANTE                                                                |                          | MATERIAL E MEDICAÇÃO |
|-------------------------------------------------------------------------|--------------------------|----------------------|
| IG p/ semana: _____                                                     | Movimentos fetais: _____ | 18 OUT 2010          |
| Perda de líquido: _____                                                 | BCF: _____               |                      |
| <input type="checkbox"/> Com cartão <input type="checkbox"/> Sem cartão |                          |                      |

| Item da Prova                                                                                    | Classificação  | Pontos        |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------|---------------|
| Identifica o caráter qualitativo da informação                                                   | Qualitativa    | 4             |
| Apresenta dados em forma de um histograma ou um gráfico                                          | Gráfico        | 3             |
| Apresenta dados através de estimativa da percentagem dos dados                                   | A. Percentagem | 2             |
| Apresenta estatísticas da distribuição social, sem fatores de interferência                      | Sociedade      | 1             |
| Cita o fator social devido a fator local                                                         | Não fazesse    | N*            |
| <b>Resposta Verbal</b>                                                                           |                | <b>Pontos</b> |
| Apresenta uma relação diretamente ao nome, local e para                                          | Gráficos       | 3             |
| Apresenta uma informação mais complexa e clara                                                   | Gráficos       | 4             |
| Apresenta informações integrais                                                                  | Parâmetros     | 3             |
| Apresenta gráficos                                                                               | Gráficos       | 2             |
| Apresenta as informações sociais, sem fatores de interferência                                   | Ausente        | 1             |
| Fator que interfere com a comunicação                                                            | Não fazesse    | N*            |
| <b>Resposta motora</b>                                                                           |                | <b>Pontos</b> |
| Cumprimento de ordem com 2 ações                                                                 | A ordem        | 6             |
| Execução da ação acima do nível da criança ou do estímulo da ordem do processo                   | Complexidade   | 5             |
| Flexão acima do membro superior ao nível do cotovelo, porém predominantemente não apontar        | Flexão normal  | 4             |
| Flexão acima do membro superior ao nível do cotovelo, porém predominantemente claramente anormal | Flexão anormal | 2             |
| Extensão do membro superior ao nível do cotovelo                                                 | Extensão       | 3             |
| Extensão de membro superior ao nível do cotovelo, porém predominantemente claramente anormal     | Ausente        | 1             |
| Fator que limita a resposta motora                                                               | Não fazesse    | N*            |

RG  
ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
MATEF  
18 OUT 2018  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capão da Roca, 444 - Boa Vista - RR



VITIMA DE ACIDENTE DE TRÂNSITO COLISANDO MOTO X BICICLETA  
ENCONTRADA AO SOLO EM VIA PUBLICA AO SOLO A NA LACAO  
PRIMARIA SEM ALTERACAO, NA AVA LACAO SECUNDARIA APCE-  
SENTA FRATURA DE TIBIA + FIBULA AO CT CONFIRME  
ORIENTADO PELA MEDICA REGULADORA DE ALUNA

JOSE HERNANDO C. COSTA  
TÍT. ENFERMAGEM - SOCORRISTAS  
COREN-RR 0418.553

19 09 18  
Lupone

ASSINATURA E CARIMBO





# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

|                                                                                                                      |                                                                          |                 |          |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-----------------|----------|
| Bloco:                                                                                                               | Data: 4/4-3                                                              | Enfermaria: 4/4 | Leito: 3 |
| Nome Completo: Anemias                                                                                               | Idade: 66                                                                | Sexo: F         | ( ) M    |
| Procedência:                                                                                                         | Hipótese Diagnóstica:                                                    |                 |          |
| Isolamento ou Precaução: ( ) Sim (X) Não                                                                             | ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos |                 |          |
| Alergia: (X) Sim ( ) Não                                                                                             | Qual (is): Dipirone                                                      |                 |          |
| Necessidade de intérprete? ( ) Sim (X) Não                                                                           | Qual idioma:                                                             |                 |          |
| Possui acompanhante: (X) Sim ( ) Não                                                                                 | Obs:                                                                     |                 |          |
| Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas (X) Escala ( ) Comprometida/cambaleante |                                                                          |                 |          |

|                          |                       |                  |                               |                  |                  |
|--------------------------|-----------------------|------------------|-------------------------------|------------------|------------------|
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b> |                       |                  | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b> |                  |                  |
| (X) Consciente           | (X) Orientado         | ( ) Desorientado | ( ) Normocárdico              | ( ) Bradicárdico | ( ) Taquicárdico |
| ( ) Sedado               | ( ) Torporoso         | ( ) Comatoso     | ( ) Normotenso                | ( ) Hipotenso    | ( ) Hipertenso   |
| ( ) Agitado              | ( ) Reage a estímulos | ( ) Não reage    | ( ) Pulso Cheio               | ( ) Filiforme    | ( ) Arritmico    |
|                          |                       |                  | BC: _____                     | PA: _____        | Pulso: _____     |

|                          |                  |                   |                                                     |             |                 |
|--------------------------|------------------|-------------------|-----------------------------------------------------|-------------|-----------------|
| <b>PUPILAS</b>           |                  |                   | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>       |             |                 |
| (X) Fotorreagente        | ( ) Mióticas     | ( ) Midríaticas   | ( ) VO ( ) SNG/SOG                                  | ( ) SNE/SOE | ( ) GTT ( ) NPT |
| ( ) Isocóricas           | ( ) Anisocóricas | ( ) Não reagentes | Aceitação da dieta: (X) Sim ( ) Não ( ) Parcial     |             |                 |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b> |                  |                   | Evacuações: (X) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia |             |                 |
| (X) Afebril              | ( ) Hipotérmico  | ( ) Hipertérmico  | (X) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena  |             |                 |
| ( ) Febril               | ( ) Febre        | ( ) Pirexia       | Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente                    |             |                 |
| ( ) Hiperpirexia         |                  |                   |                                                     |             |                 |

|                                     |                        |                  |                                                      |                        |                           |
|-------------------------------------|------------------------|------------------|------------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>      |                        |                  | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>                           |                        |                           |
| (X) Hidratada                       | ( ) Desidratada        | ( ) Ressecada    | ( ) Normotenso                                       | ( ) Distendido         | ( ) Globoso ( ) Flácido   |
| (X) Normocorada                     | ( ) Hipocorada         | ( ) Hipercoreada | ( ) Ascítico                                         | ( ) Maciço             | ( ) Timpânico             |
| (X) Anictérica                      | ( ) Ictérica           | ( ) Cianótica    | Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente         |                        |                           |
| (X) Acianótica                      | ( ) Edema Local: _____ |                  | Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não |                        |                           |
| Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não |                        |                  | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>                    |                        |                           |
| Região: _____                       |                        |                  | (X) Espontânea                                       | ( ) SVD                | ( ) Anúria ( ) Oligúria   |
| Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não | FO: ( ) SIM ( ) NÃO    |                  | ( ) Polidúria                                        | ( ) Disúria            | ( ) Colúria ( ) Hematúria |
|                                     |                        |                  | ( ) Cistostomia                                      | ( ) Irrigação contínua | ( ) Uropen                |

|                                 |                 |                 |               |                 |                   |
|---------------------------------|-----------------|-----------------|---------------|-----------------|-------------------|
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>     |                 |                 |               |                 |                   |
| (X) Eupneico                    | ( ) Bradipneico | ( ) Taquipneico | ( ) Dispneico | (X) Ar ambiente | ( ) Traqueostomia |
| Oxigenoterapia: (X) Sim ( ) Não | Qual: _____     |                 |               |                 |                   |

|                                                               |                                 |                              |                  |  |  |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------|--|--|
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> |                                 |                              |                  |  |  |
| Cateter Periférico: (X) Sim ( ) Não                           | Local: MSE                      | Data: _____                  | Trocar em: _____ |  |  |
| Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não                              | Local: _____                    | Curativo realizado em: _____ | Trocar em: _____ |  |  |
| Sinais de infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não        |                                 |                              |                  |  |  |
| Sondas: ( ) Sim (X) Não ( ) SNG                               | ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT | ( ) Lavagem ( ) Sifonagem    |                  |  |  |
| Dreno de: _____                                               | Aspecto da secreção: _____      | Quantidade: _____            |                  |  |  |
| Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não                              | Data da instalação: _____       | Trocar em: _____             |                  |  |  |
| Prótese: ( ) Sim ( ) Não                                      | Tipo: _____                     | Local: _____                 |                  |  |  |

|                                                  |                                                    |           |  |  |  |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------|--|--|--|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                 |                                                    |           |  |  |  |
| ( ) Deglutição                                   | ( ) Padrão respiratório ineficaz                   | ( ) _____ |  |  |  |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada             | ( ) Déficit no autocuidado para alimentação        | ( ) _____ |  |  |  |
| ( ) Risco de glicemia instável                   | ( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene      | ( ) _____ |  |  |  |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos | ( ) Conhecimento deficiente                        | ( ) _____ |  |  |  |
| ( ) Volume de líquido: excessivo                 | ( ) Comunicação verbal prejudicada                 | ( ) _____ |  |  |  |
| ( ) Volume de líquido: deficiente                | ( ) Risco de dignidade humana comprometida         | ( ) _____ |  |  |  |
| ( ) Eliminação urinária: prejudicada             | ( ) Processos familiares disfuncionais             | ( ) _____ |  |  |  |
| ( ) Risco de constipação                         | ( ) Risco de quedas                                | ( ) _____ |  |  |  |
| ( ) Diarreia                                     | ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | ( ) _____ |  |  |  |
| ( ) Incontinência intestinal                     | ( ) Dor aguda                                      | ( ) _____ |  |  |  |
| ( ) Padrão de sono prejudicado                   | ( ) Dor crônica                                    | ( ) _____ |  |  |  |
| ( ) Mobilidade física prejudicada                | ( ) Náusea                                         | ( ) _____ |  |  |  |
| ( ) Integridade da pele prejudicada              | ( ) Risco de broncoaspiração                       | ( ) _____ |  |  |  |
| ( ) Risco de integridade da pele prejudicada     | ( ) Risco de infecção                              | ( ) _____ |  |  |  |
| ( ) Conforto prejudicado                         | ( ) Ventilação espontânea prejudicada              | ( ) _____ |  |  |  |



*Alérgica à Dipirona*

*414 3*

|  <b>HOSPITAL GERAL DE RORAIMA</b><br><b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b><br><b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>   |                                                       |            |       |      |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|------------|-------|------|-----------------|
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       | 04/08/2018 | DIH   | DN   | 24/05/1952      |
| PACIENTE <b>ANEMILSA ALVES TEIXEIRA</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                       |                                                       |            |       |      |                 |
| AGNÓSTICO <b>FRATURA TIBIA E FIBULA ESQUERDO</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                       |            |       |      |                 |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                       | HAS        | DM2   |      |                 |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                         | 66                                                    | LEITO      | 414-3 | DATA | 12/08/2018      |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          | PRESCRIÇÃO                                            |            |       |      | HORÁRIO         |
| 1                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | DIETA ORAL LIVRE                                      |            |       |      | <i>SAU</i>      |
| 2                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | AVP                                                   |            |       |      | <i>SAU</i>      |
| 4                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS                              |            |       |      | <i>18 20</i>    |
| 7                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |            |       |      | <i>SAU</i>      |
| 8                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |            |       |      |                 |
| 9                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                             | PARACETAMOL 500MG V.O 1 X AO DIA                      |            |       |      |                 |
| 10                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |            |       |      | <i>SAU</i>      |
| 11                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |            |       |      |                 |
| 12                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |            |       |      |                 |
| 13                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS                          |            |       |      | <i>18 24 12</i> |
| 14                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |            |       |      | <i>18 24 12</i> |
| 15                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | CURATIVO DIÁRIO                                       |            |       |      | <i>M</i>        |
| 16                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | <del>ALERGIA AO DIPIRONA</del>                        |            |       |      |                 |
| 17                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |            |       |      |                 |
| 18                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |            |       |      |                 |
| 19                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |            |       |      |                 |
| 20                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                       |            |       |      |                 |
| <b>SE DIABÉTICO</b> CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE<br>50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                                                                                                                                                                    |                                                       |            |       |      |                 |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# SOLICITADO:

# CONDUTA:

# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTÉUDO MÉDICO  
18 OUT 2018  
CENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bezerra, 454 - Boa Vista - RR

Dr Odinachi Okemiri  
Residente De Ortopedia e  
Traumatologia

| SINAIS VITAIS |        |    |       |      |
|---------------|--------|----|-------|------|
| 6 H           | PA     | FC | FR    | Tax  |
| 12 H          | 78x63  | 84 | 36 RC | 36.6 |
| 18 H          | 152x92 | 70 | 18    | 35.2 |
| 24 H          | 131x44 | 85 | 18    | 36.7 |

*06 124/78 79 18 36.3*



|                                                                                                                     |                                                                          |             |                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|-------------|-------------------|
| Bloco:                                                                                                              | Data:                                                                    | Enfermaria: | Leito:            |
| Nome Completo:                                                                                                      | Idade:                                                                   |             | Sexo: ( ) F ( ) M |
| Procedência:                                                                                                        | Hipótese Diagnóstica:                                                    |             |                   |
| Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não                                                                            | ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos |             |                   |
| Alergia: ( ) Sim ( ) Não                                                                                            | Qual (is):                                                               |             |                   |
| Necessidade de interpretação? ( ) Sim ( ) Não                                                                       | Qual idioma:                                                             |             |                   |
| Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não                                                                                | Obs:                                                                     |             |                   |
| Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante |                                                                          |             |                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b><br><input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado<br><input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso<br><input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Reage a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage                                                                                              |  |  | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br><input type="checkbox"/> Normocárdico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico    BC: _____<br><input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Hipotenso <input type="checkbox"/> Hipertenso    PA: _____<br><input type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Arritmico    Pulso: _____                                                                                                                                                                                                                                                 |  |  |
| <b>PUPILAS</b><br><input type="checkbox"/> Potorreagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midrídtica<br><input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes                                                                                                                                                                                                            |  |  | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br><input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> NPT<br>Aceitação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial<br>Evacuações: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia<br><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena<br>Flatos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente |  |  |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br><input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico<br><input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirécia<br><input type="checkbox"/> Hiperpirexia                                                                                                                                                                           |  |  | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b><br><input type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Globoso <input type="checkbox"/> Flácido<br><input type="checkbox"/> Asotico <input type="checkbox"/> Maciço <input type="checkbox"/> Timpânico<br>Ruídos Hidroaéreos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente<br>Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                  |  |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br><input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada<br><input type="checkbox"/> Normocorada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Hipercoreada<br><input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica<br><input type="checkbox"/> Aclanótica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____ |  |  | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b><br><input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVD <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria<br><input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria<br><input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Uroneo                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
| Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não<br>Região: _____<br>Curativo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não    FO: <input type="checkbox"/> SIM <input type="checkbox"/> NÃO                                                                                                                                                                                                              |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                          |  |  |

**SISTEMA RESPIRATÓRIO**

( ) Eupneico      ( ) Bradipneico      ( ) Taquipneico      ( ) Dispneico      ( ) Ar ambiente      ( ) Traqueostomia

Oxigenoterapia      ( ) Sim      ( ) Não      Qual: \_\_\_\_\_

---

**CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES**

Cateter Periférico:      ( ) Sim      ( ) Não      Local: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_

Cateter Central:      ( ) Sim      ( ) Não      Local: \_\_\_\_\_ Curativo realizado em: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_

Sinais de Infecção no sítio da punção:      ( ) Sim      ( ) Não

Sondas:      ( ) Sim      ( ) Não      ( ) SNG      ( ) SOG      ( ) SNE      ( ) SOE      ( ) GTT      ( ) Lavagem      ( ) Sifonagem

Dreno de: \_\_\_\_\_ Aspecto da secreção: \_\_\_\_\_ Quantidade: \_\_\_\_\_

Cateter Vesical:      ( ) Sim      ( ) Não      Data da instalação: \_\_\_\_\_ Trocar em: \_\_\_\_\_

Prótese:      ( ) Sim      ( ) Não      Tipo: \_\_\_\_\_ Local: \_\_\_\_\_

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                        |                                                    |     |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----|
| ( ) Deglutição                                   | ( ) Padrão respiratório ineficaz                   | ( ) |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada             | ( ) Déficit no autocuidado para alimentação        | ( ) |
| ( ) Risco de glicemia instável                   | ( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene      | ( ) |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos | ( ) Conhecimento deficiente                        | ( ) |
| ( ) Volume de líquidos: excessivo                | ( ) Comunicação verbal prejudicada                 | ( ) |
| ( ) Volume de líquidos: deficiente               | ( ) Risco de dignidade humana comprometida         | ( ) |
| ( ) Eliminação urinária: prejudicada             | ( ) Processos familiares disfuncionais             | ( ) |
| ( ) Risco de constipação                         | ( ) Risco de quedas                                | ( ) |
| ( ) Diarreia                                     | ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | ( ) |
| ( ) Incontinência intestinal                     | ( ) Dor aguda                                      | ( ) |
| ( ) Padrão de sono prejudicado                   | ( ) Dor crônica                                    | ( ) |
| ( ) Mobilidade física: prejudicada               | ( ) Náusea                                         | ( ) |
| ( ) Integridade da pele prejudicada              | ( ) Risco de broncoaspiração                       | ( ) |
| ( ) Risco de integridade da pele prejudicada     | ( ) Risco de infecção                              | ( ) |
| ( ) Conforto prejudicado                         | ( ) Ventilação espontânea prejudicada              | ( ) |



25th P.A. 110000mg P. 73  
R. 1800pm Tax 36.20

De

2000

50054

185 Admiratione inducitur  
Conferre praerogativa. capite  
vinctis vltimis

Prunidade Alencar Rodrigues  
Técnica de Enfermagem  
COFEN-PR: 151.318-TE

62

1500



4714-2



Gerente da Unidade de Registro  
Núcleo de Registro de Imóveis

| UNIDADE / SITUAÇÃO                                  | QUARTO                                               | LEITO | Nº DA HISTÓRIA |
|-----------------------------------------------------|------------------------------------------------------|-------|----------------|
| HGR 1. BLOCO D                                      | 214                                                  | 02    |                |
| NOME DO PACIENTE                                    | MARIA DA GUIA DE MORAES                              |       |                |
| PROFISSIONAL, S1 RESPONSÁVEL                        | VIRE                                                 |       |                |
| DATA / HORA                                         | 18 OUT 2018                                          |       |                |
| PRESCRIÇÃO                                          | ÁREA DE SINISTROS - DAVAT<br>CONTÉUDO NÃO VERIFICADO |       |                |
| DATA / HORA                                         | HISTÓRIA DE ENFERMAGEM                               |       |                |
| 14/08/18                                            | Fas 13h                                              |       |                |
| 01. Dita líquida - posura VO                        | Administrada em                                      |       |                |
| 02. AUP + SP Q.V. 250 ml (V) 12/12h                 | duas vezes em                                        |       |                |
| 03. Cefalotina 1g (V) 6/6h                          | 24h                                                  |       |                |
| 04. mitronidazol 500 mg (V) 8/8h                    | 24h                                                  |       |                |
| 05. Tenoxicam 30 mg (V) 12/12h                      | 24h                                                  |       |                |
| 06. Dexametaz 1g (V) 6/6h SV                        | 24h                                                  |       |                |
| 07. Plavix 10 mg (V) 8/8h SV                        | 24h                                                  |       |                |
| 08. Rinitidina 150 mg (V) 8/8h ou Omeprazol         | 24h                                                  |       |                |
| 20 mg (V) 1x VO dia                                 | 24h                                                  |       |                |
| 09. Vitamina C 1g (V) 1x VO dia                     | 24h                                                  |       |                |
| 10. Comprim 13 temp (V) 1x VO dia                   | 24h                                                  |       |                |
| 11. Agente Oral com funcionamento de Clotroxina 912 | 24h                                                  |       |                |
| 3x VO dia                                           | 24h                                                  |       |                |
| 12. Falsena elvada ou 30                            | 24h                                                  |       |                |
| 13. Dextro 6/6h melhora regular se conforme         | 24h                                                  |       |                |
| descrita na tabela                                  | 24h                                                  |       |                |
| 14. Adalclapina 5mg VO 1x VO dia - com controle     | 24h                                                  |       |                |
| 15. SSN + CC 50                                     | 24h                                                  |       |                |
| 16. Tranquilizante posura 0                         | 24h                                                  |       |                |

Camila Flor  
Enfermeira

Região de Saúde  
Cirurgia Bucal

CRP-PR 717

3-444

*[Handwritten signature]*

19 de maio de 2019

Ata da reunião de trabalho  
realizada em 19 de maio de 2019  
na sala de reuniões.

*[Stamp]*  
Franciele Alencar Rodrigues  
Técnica de Enfermagem  
COREN-RF 151.318-TE

*[Stamp]*  
19 de maio de 2019

*[Stamp]*  
19 de maio de 2019

*[Handwritten signature]*

|  |  |  |  |  |
|--|--|--|--|--|
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |



**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**  
**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**  
**Serviço de Ortopedia e Traumatologia**



**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

414-3<sup>1</sup>

|                  |                                                                                                                                                                                                            |       |       |      |            |
|------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------|-------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | 04/08/2018                                                                                                                                                                                                 | DIH   |       | DN   | 24/05/1952 |
| PACIENTE         | ANEMILSA ALVES TEIXEIRA                                                                                                                                                                                    |       |       |      |            |
| AGNÓSTICO        | FRATURA TIBIA E FIBULA ESQUERDO                                                                                                                                                                            |       |       |      |            |
| ALERGIAS         |                                                                                                                                                                                                            | HAS   |       | DM2  |            |
| IDADE            | 66                                                                                                                                                                                                         | LEITO | 414-3 | DATA | 14/08/2018 |
| ITEM             | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                 |       |       |      | HORÁRIO    |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                           |       |       |      |            |
| 2                | AVP                                                                                                                                                                                                        |       |       |      |            |
| 4                | CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS                                                                                                                                                                                   |       |       |      | 24 08 16   |
| 7                | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                                                                                                                                                                            |       |       |      |            |
| 8                | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                    |       |       |      |            |
| 9                | PARACETAMOL 500MG V.O 1 X AO DIA                                                                                                                                                                           |       |       |      |            |
| 10               | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA                                                                                                                                                      |       |       |      |            |
| 11               | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG                                                                                                                                                        |       |       |      |            |
| 12               | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                                                                                                                                                                        |       |       |      |            |
| 13               | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS                                                                                                                                                                               |       |       |      |            |
| 14               | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                          |       |       |      |            |
| 15               | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                            |       |       |      |            |
| 16               | ALERGIA AO DIPIRONA                                                                                                                                                                                        |       |       |      |            |
| 17               |                                                                                                                                                                                                            |       |       |      |            |
| 18               |                                                                                                                                                                                                            |       |       |      |            |
| 19               |                                                                                                                                                                                                            |       |       |      |            |
| 20               | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |       |       |      |            |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2018

GENTE SEGURADORA S/A  
 Av. Capitão Nilo Barreto, 444 - Boa Vista - RR

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
- # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
- # SOLICITADO:
- # CONDUTA:
- # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO
- # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Odinachi Okemiri  
 Residente De Ortopedia e  
 Traumatologia

| SINAIS VITAIS |        |    |    |     |
|---------------|--------|----|----|-----|
| 6 H           | PA     | FC | FR |     |
| 12 H          | 130x80 | 78 | 18 | 360 |
| 18 H          | 130x70 | 70 | 19 | 360 |
| 24 H          | 130x70 | 70 | 19 | 360 |

42hs Paciente queixava de dor no  
 sempre após item B. e o dia  
 of dormida seguiu com o mesmo  
 de desconforto. Te seguiu

13 de 19h. Por adm  
 medicação de fratura  
 +SSV. Ana Maria S. Macêdo  
 Auxiliar de Enfermagem  
 COREN-RR 000.414.004



# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

|                                                                                                                     |                       |             |                                                   |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------|-------------|---------------------------------------------------|
| Bloco:                                                                                                              | Data:                 | Enfermaria: | Leito:                                            |
| Nome Completo:                                                                                                      | Idade:                | Sexo:       | ( ) F ( ) M                                       |
| Procedência:                                                                                                        | Hipótese Diagnóstica: |             |                                                   |
| Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não                                                                            | ( ) Padrão            | ( ) Contato | ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos |
| Alergia: ( ) Sim ( ) Não                                                                                            | Qual (is):            |             |                                                   |
| Necessidade de intérprete? ( ) Sim ( ) Não                                                                          | Qual idioma:          |             |                                                   |
| Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não                                                                                | Obs:                  |             |                                                   |
| Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante |                       |             |                                                   |

|                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |  |  |                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |  |  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>SISTEMA NEUROLÓGICO</b><br>( ) Consciente ( ) Orientado ( ) Desorientado<br>( ) Sedado ( ) Torpido ( ) Comatoso<br>( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage                                                                                                                                                              |  |  | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b><br>( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: _____<br>( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: _____<br>( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso: _____                                                                                  |  |  |
| <b>PUPILAS</b><br>( ) Fotorreagente ( ) Mióticas ( ) Midrícticas<br>( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes                                                                                                                                                                                                              |  |  | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b><br>( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT<br>Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial<br>Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia<br>( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena<br>Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente |  |  |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b><br>( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico<br>( ) Febril ( ) Febre ( ) Pirexia<br>( ) Hiperpirexia                                                                                                                                                                                                   |  |  | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b><br>( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido<br>( ) Ascítico ( ) Maciço ( ) Timpânico<br>Ruídos hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente<br>Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não                                                                |  |  |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b><br>( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada<br>( ) Normocorada ( ) Hipocorada ( ) Hipercoreada<br>( ) Anictérica ( ) Ictérica ( ) Ganótica<br>( ) Acianótica ( ) Edema Local:<br>Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não<br>Região: _____<br>Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) SIM ( ) NÃO |  |  | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b><br>( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria<br>( ) Poliúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria<br>( ) Cistostomia ( ) Irrigação contínua ( ) Uropen                                                                                                      |  |  |

|                                                                                                                                                                            |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|
| <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b><br>( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ar ambiente ( ) Traqueostomia<br>Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual: _____ |  |  |
|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|

|                                                               |                                 |                              |                  |
|---------------------------------------------------------------|---------------------------------|------------------------------|------------------|
| <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES</b> |                                 |                              |                  |
| Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não                           | Local: _____                    | Data: _____                  | Trocar em: _____ |
| Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não                              | Local: _____                    | Curativo realizado em: _____ | Trocar em: _____ |
| Sinais de Infecção no sítio da punção:                        | ( ) Sim ( ) Não                 |                              |                  |
| Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG                               | ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT | ( ) Lavagem ( ) Sifonagem    |                  |
| Treno de: _____                                               | Aspecto da secreção: _____      | Quantidade: _____            |                  |
| Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não                              | Data da instalação: _____       | Trocar em: _____             |                  |
| Prótese: ( ) Sim ( ) Não                                      | Tipo: _____                     | Local: _____                 |                  |

|                                                  |                                                    |           |
|--------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-----------|
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                 |                                                    |           |
| ( ) Deglutição                                   | ( ) Padrão respiratório ineficaz                   | ( ) _____ |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada             | ( ) Déficit no autocuidado para alimentação        | ( ) _____ |
| ( ) Risco de glicemia instável                   | ( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene      | ( ) _____ |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos | ( ) Conhecimento deficiente                        | ( ) _____ |
| ( ) Volume de líquidos excessivo                 | ( ) Comunicação verbal prejudicada                 | ( ) _____ |
| ( ) Volume de líquidos deficiente                | ( ) Risco de dignidade humana comprometida         | ( ) _____ |
| ( ) Eliminação urinária prejudicada              | ( ) Processos familiares disfuncionais             | ( ) _____ |
| ( ) Risco de constipação                         | ( ) Risco de quedas                                | ( ) _____ |
| ( ) Diarreia                                     | ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | ( ) _____ |
| ( ) Incontinência intestinal                     | ( ) Dor aguda                                      | ( ) _____ |
| ( ) Padrão de sono prejudicado                   | ( ) Dor crônica                                    | ( ) _____ |
| ( ) Mobilidade física prejudicada                | ( ) Náusea                                         | ( ) _____ |
| ( ) Integridade da pele prejudicada              | ( ) Risco de broncoaspiração                       | ( ) _____ |
| ( ) Risco de integridade da pele prejudicada     | ( ) Risco de infecção                              | ( ) _____ |
| ( ) Conforto prejudicado                         | ( ) Ventilação espontânea prejudicada              | ( ) _____ |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18-OUT-2018

GENE SEGURADORA S/A

Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RJ





## PRÉ-ANESTÉSICO

|                                                                                                                                                             |                   |                    |             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------|--------------------|-------------|
| Nome: _____                                                                                                                                                 |                   | End: _____         |             |
| Sexo: _____                                                                                                                                                 | Cor: _____        | Idade: _____       | Peso: _____ |
| União: Pré-OP: _____                                                                                                                                        | Alc: _____        | Classe: _____      | Data: _____ |
| Or. Proposta: _____                                                                                                                                         | Painel Adm: _____ |                    |             |
| Anest. An: _____                                                                                                                                            |                   |                    |             |
| Alergia: _____                                                                                                                                              |                   |                    |             |
| Alcool: _____ Fumar: _____                                                                                                                                  |                   |                    |             |
| <b>DROGAS:</b> (Corticóide, Antibiótico, hipotensor, narcótico, hipotico, sedativo, antiespasmódico, diurético, antídoto, sódio, Glicopirato, RIAO, outros) |                   |                    |             |
| Dose: _____                                                                                                                                                 |                   | Sede: _____        |             |
| Prescritor: _____                                                                                                                                           |                   | Vias: _____        |             |
| Rx: _____                                                                                                                                                   |                   |                    |             |
| Painel: _____                                                                                                                                               |                   |                    |             |
| Hemograma: _____                                                                                                                                            |                   |                    |             |
| Quimo: _____                                                                                                                                                |                   |                    |             |
| Painel Clínico: _____                                                                                                                                       |                   |                    |             |
| PA: _____                                                                                                                                                   | Pulso: _____      | Temperatura: _____ |             |

| Medicação Pré-Anest. | DOSE | VIA | HORA |
|----------------------|------|-----|------|
|                      |      |     |      |
|                      |      |     |      |
|                      |      |     |      |

|                       |              |                     |               |
|-----------------------|--------------|---------------------|---------------|
| Sangue Tipo: _____    | Leuc: _____  | Hc: _____           | Hcp: _____    |
| Hm: _____             | le: _____    | is: _____           | p Lago: _____ |
| r. Coag: _____        | Pa: _____    | União: _____        |               |
| crat: _____           | Glc: _____   | Na: _____           | mEq/l: _____  |
| Cl: _____             | mEq/l: _____ | mEq/l: _____        | pH: _____     |
| pCO2: _____           | SA: _____    | SB: _____           | BS: _____     |
| URINA: _____          | pH: _____    | glc: _____          | Ab: _____     |
| Sed: _____            |              |                     |               |
| Ap. gen. Ur: _____    |              |                     |               |
| AP. Razo: _____       |              |                     |               |
| AP. Cere: _____       |              |                     |               |
| AP. Dig: _____        |              |                     |               |
| S. Oculo - Art: _____ |              |                     |               |
| S. Nerv: _____        |              |                     |               |
| S. Endos: _____       |              |                     |               |
| Ed. Fis (ASA): _____  |              | An. Proposta: _____ |               |
| NB: _____             |              |                     |               |

Assinatura \_\_\_\_\_

## PÓS-ANESTÉSICOS

NA SALA DE RECUPERAÇÃO

NA ENFERMARIA

Data: \_\_\_\_\_ Hora: **23:40**

*Paciente de alta*

*do RPA*

*Dr. Marcos Felipe Diniz*  
*Residente*  
*Anestesiologia*  
*PM. 1868*

Assinatura \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Assinatura \_\_\_\_\_



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ  
"Amor e Trabalho"

~~PRONÓSTICO~~ - Mutirão  
Quinta-feira - Noturno  
15/08/2018

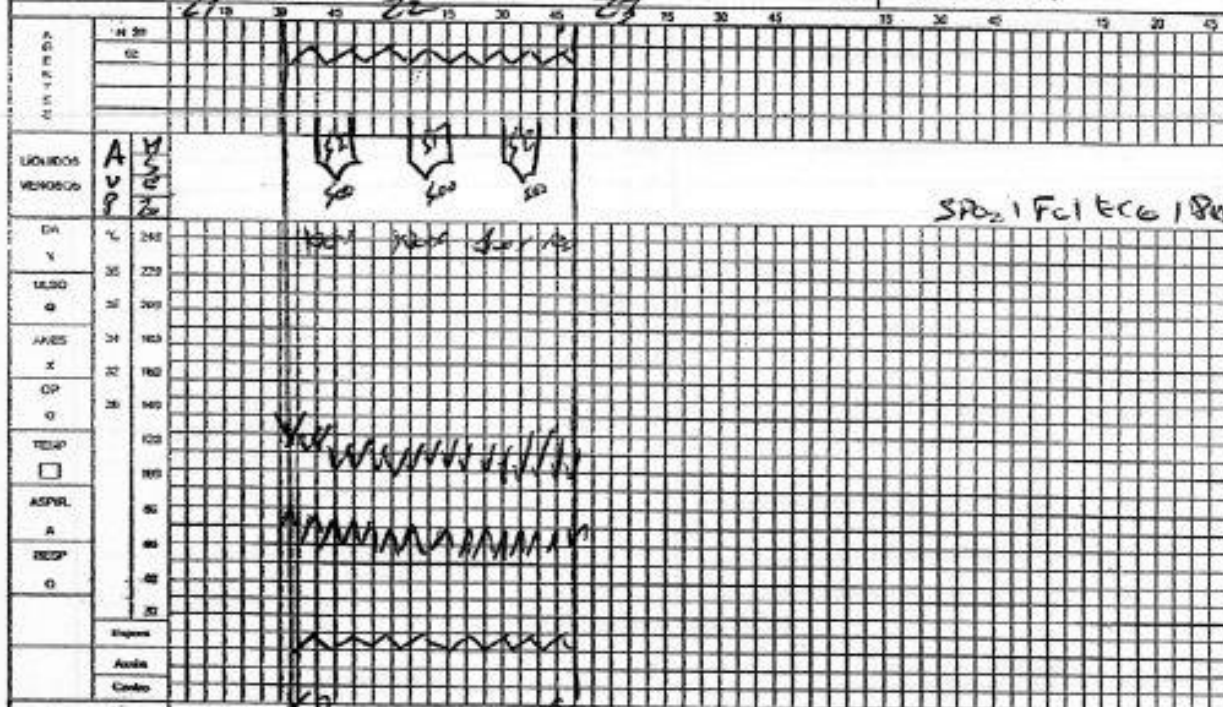
Atendimento: DIPRONA

FICHA DE ANESTESIA

Anemilia Alves - 66 anos - PZ.

PRE-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO  
Fetonil 50 - cc + Midazolam 5 - 16/05/18

Nº Bom Visto



|                          |  |         |                              |                                                                                                                                                                                         |
|--------------------------|--|---------|------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| AGENTES                  |  | DOSES   | REAGENS                      | ANESTESIA                                                                                                                                                                               |
| <u>Bupivacaina 15</u>    |  |         | <u>Reação anestésica</u>     | <u>* M. T. 15 - got + Cho. Apov. 100</u><br><u>1) Pionj. 100</u><br><u>2) Assep. 100</u><br><u>3) Fungo 100</u><br><u>4) Injeção bupivacaina 15</u><br><u>5) Injeção bupivacaina 15</u> |
| <u>Cloralf. 2</u>        |  |         | <u>Ambar 100</u>             |                                                                                                                                                                                         |
| <u>Etomidato 100</u>     |  |         | <u>Medic. 100</u>            |                                                                                                                                                                                         |
| <u>Dilut. 100</u>        |  |         | <u>100</u>                   |                                                                                                                                                                                         |
|                          |  |         | <u>100</u>                   |                                                                                                                                                                                         |
| GLICOSE                  |  | RESERVA | Condição - Muc. e Orofaringe | <u>6) Fetonil 100</u><br><u>7) Ao RPA</u>                                                                                                                                               |
| HCO3                     |  |         | Não / Orogel - Cava          |                                                                                                                                                                                         |
| SANGUE                   |  |         | Def - Sang - Cava do Tubo    |                                                                                                                                                                                         |
| <u>SP2, 92, 100</u>      |  |         | Sub Mucosa                   |                                                                                                                                                                                         |
|                          |  |         | Oximetria Tissue             |                                                                                                                                                                                         |
| TOTAL                    |  |         | TRATAMENTO DE ANESTESIA      |                                                                                                                                                                                         |
| <u>Osteo. 100</u>        |  |         |                              |                                                                                                                                                                                         |
| <u>Dr. Edino / M. R.</u> |  |         | <u>Dr. Jonatha / 6</u>       |                                                                                                                                                                                         |

EDINO ALLAMANO A. SOARES  
Anestesiologista - CRM 820/RR  
RQE 197

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO  
18 OUT 2018  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Curitiba João Bezerra, 444 - Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE PERNAMBUCO  
"Assacada Patriótica das Américas"

# FICHA DE ANESTESIA

| PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO |                                     | Nº                            |
|----------------------------------------------|-------------------------------------|-------------------------------|
| A<br>MÉDICA                                  | 15 30 45 15 30 45 15 30 45 15 30 45 |                               |
|                                              | 02                                  |                               |
| LÍQUIDOS<br>VEHICULOS                        |                                     |                               |
|                                              |                                     |                               |
| DA                                           | 300                                 |                               |
| X                                            | 220                                 |                               |
| ULGO                                         | 200                                 |                               |
| B                                            | 180                                 |                               |
| ANES                                         | 160                                 |                               |
| X                                            | 140                                 |                               |
| OP                                           | 120                                 |                               |
| O                                            | 100                                 |                               |
| TOTAP                                        | 80                                  |                               |
| ASPR.                                        | 60                                  |                               |
| A                                            | 40                                  |                               |
| RESP                                         | 20                                  |                               |
| O                                            |                                     |                               |
|                                              | Expon                               |                               |
|                                              | Anest                               |                               |
|                                              | Contro                              |                               |
| SÍMBOLOS                                     |                                     |                               |
| ACIDENTES                                    | DOSES                               | TÉCNICA                       |
| A                                            |                                     |                               |
| B                                            |                                     |                               |
| C                                            |                                     |                               |
| D                                            |                                     |                               |
| E                                            |                                     |                               |
| F                                            |                                     |                               |
| G                                            |                                     |                               |
| GLUCOSE                                      | LÍQUIDOS                            | Circula - Novo / Oro Polígono |
| INCO                                         |                                     | Novo / Orelhaquid - Caga      |
| SANGUE                                       |                                     | Bol - Tempo - Collet de Tulo  |
|                                              |                                     | Sob Mitocon                   |
|                                              |                                     | Disolvente Drogas             |
| TOTL                                         |                                     | TEMPO DE ANESTESIA            |
| OPERAÇÃO                                     |                                     |                               |
| ANESTESIA                                    | CÓDIGO                              | CAUSAS                        |
|                                              |                                     | PERDA SANGÜEA                 |

Lafrago - Espanto - Estresse Soma  
Depressão Respiratória - Hipoxia  
"Bulging" - Vênulo

Hemorragia - Artéria  
Basil Tráquea - Choque



### PRÉ-ANESTÉSICO

Nome: Amanda Alves Teixeira Enf: D Leito: 414-3 Serv: ort  
Sexo: F Cor:  Idade: 66 Peso: 51 Classe:  Data: 09/08/18 Hora:   
Diagn. Pri-OP: Fract. tibia (E) Patol. Assoc.:   
Cir. Proposta: osteomielite  
Anest. Ant:   
Alergia: a Dipirona  
Alcool:  Fumar:   
DROGAS: (Corticóides, benzodiazepínicos, hipotensivos, sedativos, hipnóticos, digoxina, antiarrítmicos, diuréticos, antibióticos, sulfas, insulínicos, MAOI, outros)  
Estado Mental: Consciente Boca: MVI  
Percepção: boa mobilidade Voz: acurada  
RX: SCF Límex  
Fases:   
Hematogramas:   
Cúrios: TAPILV" TIPA 30.2" RN/ 0,3  
Parâmetros CB:   
PA: 130/70 Freq: 80 Temperatura: 36  
Medicação Pós-Oper: 

| Medicação Pós-Oper | DOSE | VIA | HORA |
|--------------------|------|-----|------|
|                    |      |     |      |
|                    |      |     |      |
|                    |      |     |      |

  
Est. Fc (ASA): II AM. Proposta:   
MS: ECG Rit. Sinus  
Assinatura: Dr. Haroldo C. Ribeiro  
CRM/RP: 1478

## PÓS-ANESTÉSICOS

| PÓS-ANESTÉSICOS                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| NA SALA DE RECUPERAÇÃO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                        | NA ENFERMARIA                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Data <u>  /  /  </u></span> <span>Hora <u>      </u></span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> | <div style="display: flex; justify-content: space-between;"> <span>Data <u>  /  /  </u></span> <span>Hora <u>      </u></span> </div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> <div style="border-bottom: 1px solid black; height: 20px; margin-top: 10px;"></div> |
| Assinatura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Assinatura                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT  
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18 JUL 2018

**GENTE SEGURO S/A**  
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

414-3



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



ÁREA DE MINISTROS - DPVAT  
CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

18 OUT 2018

PACIENTE Anemelsa Alves Falcão  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 04/08/18, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fratura dos Ossos da Perna (E)

GENTE SEGURA POR 60 ANOS,  
Av. Celso José Barreto, 200 - Boa Vista - RR

NO DIA 16/08/18 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Tratamento Cirúrgico de Fratura + Redução SENDO

OPERADO PELO DR. Jonathas E DR. Pedro

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 18/08/18 ÀS 12,00hs EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 30/08/18 ÀS 8,00hs COM O  
DR. Valério

**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.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Dr. Celso José Barreto, 200  
Boa Vista - RR - CEP: 69000-000  
FONE: (68) 2121-0620

ATTESTAÇÃO

28 SET. 2018

Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel ao original  
assinado neste Hospital

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO MÉDICO

Edinachi Okemiri  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM: 18512/RR

BOA VISTA, 18/08/18

MÉDICO



# SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F

|                                                                                                                     |                                                                          |                        |                 |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|------------------------|-----------------|
| Bloco: <u>D</u>                                                                                                     | Data: <u>14/10/18</u>                                                    | Enfermaria: <u>914</u> | Leito: <u>3</u> |
| Nome Completo: <u>Anemilza Alves</u>                                                                                | Idade: <u>66</u>                                                         | Sexo: <u>F</u>         | ( ) M           |
| Procedência:                                                                                                        | Hipótese Diagnóstica: <u>Fra de fíbria + Fíbria</u>                      |                        |                 |
| Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não                                                                            | ( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos |                        |                 |
| Alergia: ( ) Sim ( ) Não                                                                                            | Qual (is): <u>SIPRONTS</u>                                               |                        |                 |
| Necessidade de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não                                                                          | Qual idioma:                                                             |                        |                 |
| Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não                                                                                | Obs:                                                                     |                        |                 |
| Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraca ( ) Comprometida/cambaleante |                                                                          |                        |                 |

|                                                        |                                                    |                   |                                                     |                        |                           |
|--------------------------------------------------------|----------------------------------------------------|-------------------|-----------------------------------------------------|------------------------|---------------------------|
| <b>SISTEMA NEURÓLOGO</b>                               |                                                    |                   | <b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>                       |                        |                           |
| ( ) Consciente                                         | ( ) Orientado                                      | ( ) Desorientado  | ( ) Normocárdico                                    | ( ) Bradicárdico       | ( ) Taquicárdico          |
| ( ) Sedado                                             | ( ) Torpido                                        | ( ) Comatoso      | ( ) Normotenso                                      | ( ) Hipotenso          | ( ) Hipertenso            |
| ( ) Agitado                                            | ( ) Reage a estímulos                              | ( ) Não reage     | ( ) Pulso Chelo                                     | ( ) Filiforme          | ( ) Arritmico             |
| <b>PUPILAS</b>                                         |                                                    |                   | <b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>       |                        |                           |
| ( ) Fotorreagente                                      | ( ) Mióticas                                       | ( ) Midríaticas   | ( ) VO ( ) SNG/SOG                                  | ( ) SNE/SOE            | ( ) GTT ( ) NPT           |
| ( ) Isocóricas                                         | ( ) Anisocóricas                                   | ( ) Não reagentes | Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial     |                        |                           |
| <b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>                               |                                                    |                   | <b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>                          |                        |                           |
| ( ) Afebril                                            | ( ) Hipotérmico                                    | ( ) Hipertérmico  | Evacuações: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia |                        |                           |
| ( ) Febril                                             | ( ) Febre                                          | ( ) Pirexia       | ( ) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena  |                        |                           |
| ( ) Hiperpirexia                                       |                                                    |                   | Flatos: ( ) Presente ( ) Ausente                    |                        |                           |
| <b>CARACTERÍSTICAS DA PELE</b>                         |                                                    |                   | <b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>                   |                        |                           |
| ( ) Hidratada                                          | ( ) Desidratada                                    | ( ) Ressecada     | ( ) Normotenso                                      | ( ) Distendido         | ( ) Globoso ( ) Flácido   |
| ( ) Normocorada                                        | ( ) Hipocorada                                     | ( ) Hiperacorada  | ( ) Ascítico                                        | ( ) Maciço             | ( ) Timpânico             |
| ( ) Asictérica                                         | ( ) Ictérica                                       | ( ) Cianótica     | Ruidos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente        |                        |                           |
| ( ) Actanótica                                         | ( ) Edema Local                                    |                   | Visceromegalias: ( ) Sim ( ) Não                    | FO: ( ) Sim ( ) Não    |                           |
| Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não                    |                                                    |                   | <b>SISTEMA RESPIRATÓRIO</b>                         |                        |                           |
| Região:                                                |                                                    |                   | ( ) Espontânea                                      | ( ) SVD                | ( ) Anúria ( ) Oligúria   |
| Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não                    | FO: ( ) SIM ( ) NÃO                                |                   | ( ) Poliúria                                        | ( ) Disúria            | ( ) Colúria ( ) Hematúria |
|                                                        |                                                    |                   | ( ) Cistostomia                                     | ( ) Irrigação contínua | ( ) Uropen                |
|                                                        |                                                    |                   | <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS</b>          |                        |                           |
| Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não                    | Local:                                             |                   | <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS</b>          |                        |                           |
| Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não                       | Local:                                             |                   | <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS</b>          |                        |                           |
| Sinais de Infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não |                                                    |                   | <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS</b>          |                        |                           |
| Sondas: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG                        | ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT                    |                   | <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS</b>          |                        |                           |
| Dreno de:                                              | Aspecto da secreção:                               |                   | <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS</b>          |                        |                           |
| Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não                       | Data da Instalação:                                |                   | <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS</b>          |                        |                           |
| Prótese: ( ) Sim ( ) Não                               | Tipo:                                              |                   | <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS</b>          |                        |                           |
| <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>                       |                                                    |                   |                                                     |                        |                           |
| ( ) Deglutição                                         | ( ) Padrão respiratório ineficaz                   | ( )               |                                                     |                        |                           |
| ( ) Risco de nutrição desequilibrada                   | ( ) Déficit no autocuidado para alimentação        | ( )               |                                                     |                        |                           |
| ( ) Risco de glicemia instável                         | ( ) Déficit no autocuidado para banho/higiene      | ( )               |                                                     |                        |                           |
| ( ) Risco de desequilíbrio do volume de líquidos       | ( ) Conhecimento deficiente                        | ( )               |                                                     |                        |                           |
| ( ) Volume de líquidos excessivo                       | ( ) Comunicação verbal prejudicada                 | ( )               |                                                     |                        |                           |
| ( ) Volume de líquidos deficiente                      | ( ) Risco de dignidade humana comprometida         | ( )               |                                                     |                        |                           |
| ( ) Eliminação urinária prejudicada                    | ( ) Processos familiares disfuncionais             | ( )               |                                                     |                        |                           |
| ( ) Risco de constipação                               | ( ) Risco de quedas                                | ( )               |                                                     |                        |                           |
| ( ) Diarreia                                           | ( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal | ( )               |                                                     |                        |                           |
| ( ) Incontinência intestinal                           | ( ) Dor aguda                                      | ( )               |                                                     |                        |                           |
| ( ) Padrão de sono prejudicado                         | ( ) Dor crônica                                    | ( )               |                                                     |                        |                           |
| ( ) Mobilidade física prejudicada                      | ( ) Náusea                                         | ( )               |                                                     |                        |                           |
| ( ) Integridade da pele prejudicada                    | ( ) Risco de broncoaspiração                       | ( )               |                                                     |                        |                           |
| ( ) Risco de integridade da pele prejudicada           | ( ) Risco de infecção                              | ( )               |                                                     |                        |                           |
| ( ) Conforto prejudicado                               | ( ) Ventilação espontânea prejudicada              | ( )               |                                                     |                        |                           |



*Clayia D. F. Nogueira* 4143

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                    |                                                                 | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |  | HGR  |             |
|---------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--|------|-------------|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                 |                                                                 |                                      |  |      |             |
| DATA DE ADMISSÃO                                  |                                                                 | DIH                                  |  | DN   |             |
| PACIENTE                                          |                                                                 |                                      |  |      |             |
| DIAGNÓSTICO <i>lesão de estirpamento de fibra</i> |                                                                 |                                      |  |      |             |
| ALERGIAS                                          |                                                                 | HAS                                  |  | DM2  |             |
| IDADE                                             |                                                                 | LEITO                                |  | DATA |             |
| ITEM                                              | PRESCRIÇÃO                                                      |                                      |  |      | HORÁRIO     |
| 1                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                                |                                      |  |      | SND         |
| 2                                                 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO                                        |                                      |  |      | Monte       |
| 3                                                 | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                           |                                      |  |      | 24 de 12 18 |
| 4                                                 | TILATIL 20MG EV 12/12H                                          |                                      |  |      | 12/12       |
| 5                                                 | DIPIRONA 500MG EV 6/6H                                          |                                      |  |      | 12/12       |
| 6                                                 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA    |                                      |  |      | SN 0430     |
| 7                                                 | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                      |                                      |  |      | SN          |
| 8                                                 | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N                                     |                                      |  |      | SN          |
| 9                                                 | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                     |                                      |  |      | SN          |
| 10                                                | SSVV + CCGG 6/6 H                                               |                                      |  |      | Retorno     |
| 12                                                | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG             |                                      |  |      |             |
| 14                                                | CURATIVO DIÁRIO                                                 |                                      |  |      | Realizar    |
| 15                                                | <i>Insulina regular 750 UI (EV) 12/12h</i>                      |                                      |  |      | 10          |
| 16                                                | <i>Insulina regular 400 UI (EV) 12/12h</i>                      |                                      |  |      | 24 de 12 18 |
| 17                                                | <i>Insulina regular 40 UI (EV) 12/12h</i>                       |                                      |  |      | 10          |
| 18                                                | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),                |                                      |  |      |             |
| 19                                                | CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;     |                                      |  |      |             |
| 20                                                | 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DE ML, GLICOSE 50% |                                      |  |      |             |
|                                                   | 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                   |                                      |  |      |             |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ÁREA DE SAUÍSTICA  
CONTEÚDO NÃO  
16 OUT 18  
GENTE SEGURANÇA SIA  
Av. Capitão João Batista, 444 - Boa Vista - RR

*Lesão de estirpamento de fibra  
Osteíte aguda de fibra  
para*

| SINAIS VITAIS |           |    |                |  |
|---------------|-----------|----|----------------|--|
| 6 H           | 120/80    | 77 | 5/100mm        |  |
| 12 H          | PA        | 76 |                |  |
| 18 H          |           |    |                |  |
| 24 H          | 120/80/80 |    | sem termômetro |  |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA

Em POI de estirpamento de fibra e sob efeito de raquiambula. Acorda  
e, reportando, supondo sem quebras de 80x60 PC 68 BAT 99  
A104: 25 penicilina de 400 UI 4x4 com 1000 N: 7.7  
Jacqueline Voltarelli  
Enfermeira  
COREN-RR 122.149



\* ALÉRGICA A DIPIRONA 444-3

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                       |                                                       |       |       |                                                             |                           |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|-------|-------|-------------------------------------------------------------|---------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                  |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                            |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                               |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                | 04/08/2018                                            | DIH   |       | DN                                                          | 24/05/1952                |
| PACIENTE                                                                                        | ANEMILSA ALVES TEIXEIRA                               |       |       |                                                             |                           |
| AGNÓSTIC                                                                                        | FRATURA TIBIA E FIBULA ESQUERDO                       |       |       |                                                             |                           |
| ALERGIAS                                                                                        |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| IDADE                                                                                           | 66                                                    | HAS   |       | DM2                                                         |                           |
|                                                                                                 |                                                       | LEITO | 414-3 | DATA                                                        | 16/08/2018                |
| ITEM                                                                                            | PRESCRIÇÃO                                            |       |       |                                                             | HORÁRIO                   |
| 1                                                                                               | DIETA ORAL LIVRE                                      |       |       |                                                             |                           |
| 2                                                                                               | AVP                                                   |       |       |                                                             |                           |
| 4                                                                                               | CEFTAZIDIMA 2G EV 8/8HRS                              |       |       |                                                             |                           |
| 7                                                                                               | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                       |       |       |                                                             |                           |
| 8                                                                                               | PLASIL 10MG EV 8/8H S/N                               |       |       |                                                             |                           |
| 9                                                                                               | PARACETAMOL 500MG V.O 1 X AO DIA                      |       |       |                                                             |                           |
| 10                                                                                              | TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA |       |       |                                                             |                           |
| 11                                                                                              | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG   |       |       |                                                             |                           |
| 12                                                                                              | SIMETICONA 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N                   |       |       |                                                             |                           |
| 13                                                                                              | CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS                          |       |       |                                                             |                           |
| 14                                                                                              | SSVV + CCGG 6/6 H                                     |       |       |                                                             | ÁREA DE SINISTROS - DPVAT |
| 15                                                                                              | CURATIVO DIÁRIO                                       |       |       |                                                             | CONTEUDO NÃO VERIFICADO   |
| 16                                                                                              | ALERGIA AO DIPIRONA                                   |       |       |                                                             |                           |
| 17                                                                                              |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| 18                                                                                              |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| 19                                                                                              |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| 20                                                                                              |                                                       |       |       |                                                             |                           |
|                                                                                                 |                                                       |       |       | GENTE SEGURADORA S/A                                        |                           |
|                                                                                                 |                                                       |       |       | 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                           |                           |
| <b>EVOLUÇÃO MÉDICA:</b>                                                                         |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.   |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| # SOLICITADO:                                                                                   |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| # CONDUITA:                                                                                     |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| # PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA: NAO                                                                  |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO                                                                |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| <b>SINAIS VITAIS</b>                                                                            |                                                       |       |       |                                                             |                           |
| 6 H                                                                                             | PA                                                    | FC    | FR    | T.                                                          |                           |
| 12 H                                                                                            | 120/90                                                | 70    | 16    | 36,2°C                                                      |                           |
| 18 H                                                                                            | 120/80                                                | 72    | 18    | 36,2°C                                                      |                           |
| 24 H                                                                                            |                                                       |       |       |                                                             |                           |

Dr. Odinachi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 12014/RR

**SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM**  
**CENTRO CIRÚRGICO/SERVA**



| Atividade de enfermagem                            | PRE | TRANS | POS | PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM                                                                                                                                                             | HORARIO | PRE | TRANS | POS |
|----------------------------------------------------|-----|-------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|-------|-----|
| Atividade relacionada (a) procedimentos cirúrgicos |     | A     | B   | Avalia "prepare o quarto"                                                                                                                                                             |         |     |       |     |
| Atividade relacionada (a) intervenções cirúrgicas  |     |       | A   | Orientar paciente sobre o que durante a sua permanência no C.C.                                                                                                                       |         | X   |       |     |
| Atividade relacionada (a) estado pós-anestésico    |     |       |     | Encaminhar paciente para sala de recuperação                                                                                                                                          |         | X   |       |     |
| Atividade relacionada (a) estado pós-anestésico    |     |       |     | Cuidar para que não esteja fria na recuperação do paciente                                                                                                                            |         | X   |       |     |
| Atividade relacionada (a) relaxamento              |     |       |     | Mantém paciente coberto sem semelhas                                                                                                                                                  |         | X   |       |     |
| Atividade relacionada (a) estado da anestesia      |     |       |     | Instala, monitoriza e administra de pulso                                                                                                                                             |         |     | X     |     |
| Atividade relacionada (a) estado da anestesia      |     |       |     | Auxiliar no posicionamento do paciente na posição cirúrgica                                                                                                                           |         |     | X     |     |
| Atividade relacionada (a) estado da anestesia      |     |       |     | Seguir rotina de instalação de cuidados com hígido                                                                                                                                    |         |     | X     |     |
| Atividade relacionada (a) estado da anestesia      |     |       |     | Registrar volume e aspeto do débito urinário                                                                                                                                          |         |     | X     |     |
| Atividade relacionada (a) estado da anestesia      |     |       |     | Controlar drenos frequentes nas primeiras horas de PC                                                                                                                                 |         |     |       | X   |
| Atividade relacionada (a) estado da anestesia      |     |       |     | Comunicar Enfi se há aumento de sangramentos pós-injeções a cateteres                                                                                                                 |         |     |       | X   |
| Atividade relacionada (a) estado da anestesia      |     |       |     | Verificar vitais (T, PA, PC, PVC, Fi, saturação e perfusão) de 15/30 em 1h, 2h, 3h, 4h, 5h, 6h, 7h, 8h, 9h, 10h, 11h, 12h, 13h, 14h, 15h, 16h, 17h, 18h, 19h, 20h, 21h, 22h, 23h, 24h |         |     |       | X   |
| Atividade relacionada (a) estado da anestesia      |     |       |     | Anotar e comunicar anormalidades alterações de padrão respiratórios (apneia, dispnéia, queda de saturação, alterações no nível de consciência)                                        |         |     |       | X   |
| Atividade relacionada (a) estado da anestesia      |     |       |     | Anota volume e aspeto das secreções traqueobrônquicas.                                                                                                                                |         |     |       | X   |
| Atividade relacionada (a) estado da anestesia      |     |       |     | Observar as condições da pele em relação de placa de bisturi e eletrodos com visuais queimaduras.                                                                                     |         |     |       | X   |
| Atividade relacionada (a) estado da anestesia      |     |       |     | Fazer controle da dor/proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito                                                                                                         |         |     |       | X   |
| Atividade relacionada (a) estado da anestesia      |     |       |     | Mantém praxias oculares com gases com drenos.                                                                                                                                         |         |     |       | X   |
| Atividade relacionada (a) estado da anestesia      |     |       |     | Mantém praxias dos membros elevadas.                                                                                                                                                  |         |     |       | X   |
| Atividade relacionada (a) estado da anestesia      |     |       |     | Prepara paciente para alta do C.C.                                                                                                                                                    |         |     |       | X   |

**ÁREA DE SINISTROS - DPVAT**  
**CONTEÚDO NÃO VERIFICADO**  
  
18 OUT 2018  
  
GENTE SEGURADORA S/A  
Av. Capitão João Bazez, 444 - Boa Vista  
68010-000 - Roraima

Enfermeira  
Rafaela Santana Nogueira  
CPF: 0801234-74-2019.8.23.0010

Refem Nogueira  
DIPIRONA  
HGR

SAI - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA  
NOME: Genivaldo Alves Feixa, 66

DADOS PRE-OPERATÓRIO

Data: 16/08/18

Idade: 66

Chegada: 20.06

Gravidez: 1 U.T. 1

Parto: 1 U.T. 2

Outros: 1

Outros: 1

Outros: 1

Outros: 1

Outros: 1

Outros: 1

Outros: 1

Outros: 1

Outros: 1

Outros: 1

Outros: 1

Outros: 1

Outros: 1

Outros: 1

Outros: 1

Outros: 1

TRANSOPERATÓRIO

Entrada na Sala Início de Anestesia Término Sala S.O.

20:57 21/10/2015 22:45 22:49

Cirurgia Realizada Anestesia Posicionamento

Requeir. B. Dorval

Infundido Anestésico-Terapia

SG a 10% Nome: CH: CH:

Outros: Data: 25

Nº de compressas aferidas: Plaquetas

Nº de compressas recolhidas: Anestômico Pós-Operatório

Sinais Vitais: T: 36.5°C P: 70 bpm N: 12 respir/min

SAT: 98% R: 12 bpm N: 12 respir/min

PC: 120 mmHg PA: 120/80 mmHg

Exames na SO: ( ) Hb ( ) Hct ( ) Hemograma ( ) Rote X

( ) Outros: ( )

Legenda: 1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acerto Venoso 5. Outros

1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acerto Venoso 5. Outros

1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acerto Venoso 5. Outros

1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acerto Venoso 5. Outros

1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acerto Venoso 5. Outros

1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acerto Venoso 5. Outros

1. Sonda 2. Curativo 3. Dreno 4. Acerto Venoso 5. Outros

Localização: SRPA

Anestesia: 15'

30'

45'

1h

1h30'

2h

2h30'

3h

3h30'

4h

4h30'

5h

5h30'

6h

6h30'

7h

7h30'

8h

8h30'

9h

ÁREA DE INTERES - DPVAT

CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

18-01-2018

GENTE SOCUBADORA S/A

Av. Capão São Bento, 126 - São Vicente, RJ

18-01-2018

GENTE SOCUBADORA S/A

Av. Capão São Bento, 126 - São Vicente, RJ

18-01-2018

GENTE SOCUBADORA S/A

Av. Capão São Bento, 126 - São Vicente, RJ

18-01-2018

GENTE SOCUBADORA S/A

Av. Capão São Bento, 126 - São Vicente, RJ

18-01-2018

GENTE SOCUBADORA S/A

Av. Capão São Bento, 126 - São Vicente, RJ

18-01-2018

GENTE SOCUBADORA S/A

Av. Capão São Bento, 126 - São Vicente, RJ

18-01-2018