



EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

2

PROCURAÇÃO

Outorgante: VALDEIR PEREIRA CARDOSO, ID Nº 228.497 SSP/RR , CPF Nº 762.042.192-00, brasileiro, solteiro, desempregado, residente na AV Bento Brasil, nº 248, Bairro: Centro, CEP: 69.301-050, na cidade de Boa Vista- RR, Tel: (95) 99134-3556/ 99117-3230, confiança@hotmail.com. Outorgados: Bel. EDSON SILVA SANTIAGO, Brasileiro, Casado, Advogado, OAB/RR sob o nº 619, OSTIVALDO MENEZES DO NASCIMENTO JÚNIOR, Brasileiro, Solteiro, Advogado, OAB/RR sob o nº 1280, ambos com endereço profissional à Rua Prof. Agnelo Bitencourt, nº 335 – Centro, Boa Vista/RR, Tel. (95) 3224-1634, onde deverá receber intimações.

Poderes específicos: para representar o outorgante, concedendo-lhe poderes para representá-lo no que for necessário, assim como cláusula Geral de Foro, habilitando-o, a praticar todos os atos processuais, como toda e qualquer defesa, contestação em seu favor, podendo atuar em qualquer instância, tribunal ou Juizado Especial, com poderes da cláusula “**ad judicium**”, bem como realizar todo e qualquer ato que seja necessário ao cabal cumprimento do presente mandato particular, inclusive substabelecer, assim como, transigir, receber valores, inclusive alvará judicial e dar quitação.

Boa Vista/RR, 17 de junho de 2019.



VALDEIR PEREIRA CARDOSO





EDSON SANTIAGO
ADVOGADOS ASSOCIADOS

3

DECLARAÇÃO DE POBREZA

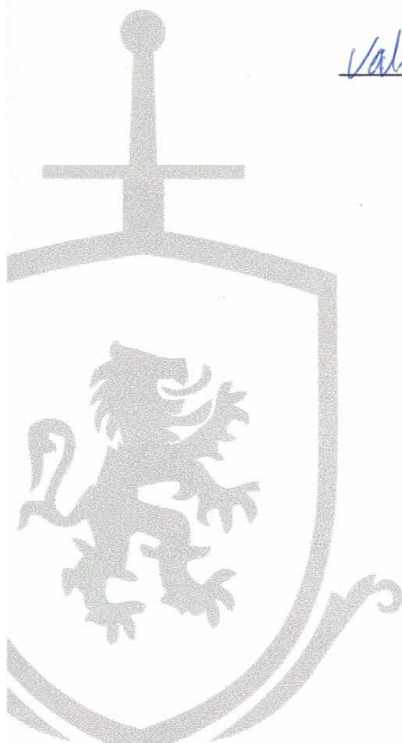
Eu **VALDEIR PEREIRA CARDOSO**, ID Nº 228.497 SSP/RR , CPF Nº 762.042.192-00, brasileiro, solteiro, desempregado, residente na AV Bento Brasil, nº 248, Bairro: Centro, CEP: 69.301-050, na cidade de Boa Vista- RR, Tel: (95) 99134-3556/ 99117-3230, confiança@hotmail.com. **DECLARO** para que produza os devidos fins de direito, que sou pobre na acepção do termo e que não posso arcar com as despesas do processo sem prejuízo de meu sustento.

Por ser verdade a declaração acima, firmo o presente.

Boa Vista/RR, 17 de junho de 2019.



VALDEIR PEREIRA CARDOSO





GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017712/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 17/06/2019 08:43 Data/Hora Fim: 17/06/2019 09:03
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 17/06/2019
Delegado de Polícia: João Luiz Evangelista Batista Dos Santos

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
Data/Hora do Fato: 05/04/2019 09:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: Av: Brilho do Sol

Bairro: Raiar do Sol

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1095: Auto lesão - Acidente de trânsito	Não Houve

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: VALDEIR PERIERA CARDOSO (VÍTIMA , COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: RO - Colorado do Sexo: Masculino Nasc: 02/01/1982
Profissão: Agricultor
Estado Civil: União Estável
Nome da Mãe: Neusa Maria Pereira Cardoso Nome do Pai: Jacinto Gomes Cardoso

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 228.497

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RR-319
Complemento: vila passarão
Bairro: zona rural

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem a este DP para informar que **NÃO** é habilitado, e que no dia, hora e local acima informado, estava pilotando a motocicleta Yamaha 125 Factor E, de placa NAX-3014, chassi 9C6KE1930E0007285, ano/modelo 2013/2014, Renavam 01001382266, de cor azul, e que se encontra em nome do próprio comunicante, momento em que colidiu com um cachorro que tentou atravessar a via. Que com a colisão, o comunicante veio ao solo. Que devido as lesões sofridas, foi socorrido por terceiros, e levado ao HGR para atendimento médico. Que o referido B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.



Delegado de Polícia Civil: João Luiz Evangelista Batista Dos Santos
Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães
Data de Impressão: 17/06/2019 09:03
Protocolo nº: Não disponível

Página 1 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
DELEGACIA DE ACIDENTES DE TRÂNSITO - BOA VISTA - RR

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 017712/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães

Responsável pelo Atendimento

MAT. 096000925

Valdeir Pereira Cardoso

(Vítima / Comunicante)

"Declaro para os devidos fins de direito que sou o(a) único(a) responsável pelas informações acima assentadas e ciente que poderei responder civil e criminalmente pela presente declaração que dei origem, conforme previsto nos Artigos 339-Denunciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



Delegado de Polícia Civil: João Luiz Evangelista Batista Dos Santos
Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães
Data de Impressão: 17/06/2019 09:03
Protocolo nº: Não disponível

Página 2 de 2

PPe - Procedimentos Policiais Eletrônicos

Out. D. n. Brum f
1. A vítima do acidente trânsito
(SIC)
2. Fei exames de A. foto telor e
3. Tale exame + interior
- Realize TC + ET LAB

Dr. Marcos Aguiar
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1995

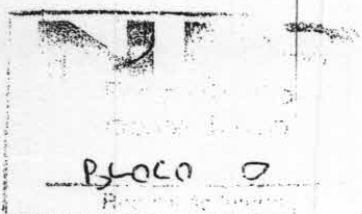
D		BLOCO D		ANEXO		Alta: 11/04/19	
 SUS		Sistema Único de Saúde		Ministério da Saúde		LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR	
Identificação do Estabelecimento de Saúde				Identificação do Paciente			
1 - NOME DO ESTABELECIMENTO SOLICITANTE				2 - CNES			
3 - NOME DO ESTABELECIMENTO EXECUTANTE				4 - CNES			
5 - NOME DO PACIENTE				6 - Nº DO PRONTUÁRIO			
7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS)				8 - DATA DE NASCIMENTO			
9 - SEXO				10 - NOME DA MÃE OU RESPONSÁVEL			
11 - TELEFONE DE CONTATO				12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)			
13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA				14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO			
15 - UF				16 - CEP			
JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO							
17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS							
18 - CONDIÇÕES QUE JUSTIFICAM A INTERNAÇÃO							
19 - PRINCIPAIS RESULTADOS DE PROVAS DIAGNÓSTICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)							
20 - DIAGNÓSTICO INICIAL							
21 - CID 10 PRIMÁRIO							
22 - CID 10 SECUNDÁRIO							
23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS							
PROCEDIMENTO SOLICITADO							
24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO							
25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO							
26 - CLÍNICA							
27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO							
28 - DOCUMENTO							
29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE							
31 - DATA DA SOLICITAÇÃO							
32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							
PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)							
33 - () ACIDENTE DE TRÂNSITO							
34 - () ACIDENTE TRABALHO TÍPICO							
35 - () ACIDENTE TRABALHO TRAJETO							
36 - CNPJ DA SEGURADORA							
37 - Nº DO BILHETE							
38 - SÉRIE							
39 - CNPJ EMPRESA							
40 - CNAE DA EMPRESA							
41 - CÍDIO							
42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA							
43 - () EMPREGADO							
44 - () EMPREGADOR							
45 - () AUTÔNOMO							
46 - () DESEMPREGADO							
47 - () APOSENTADO							
48 - () NÃO SE CUPA							
AUTORIZAÇÃO							
49 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
50 - COD. ÓRGÃO EMISSOR							
51 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR							
52 - DOCUMENTO							
53 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR							
54 - DATA DA AUTORIZAÇÃO							
55 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)							

409-1 Corvado

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN		
PACIENTE	Valdir Pereira Corvado				
DIAGNÓSTICO	Fx de platon tibial (C) Planton				
ALERGIAS		HAS	NEGA	DM2	NEGA
IDADE		LEITO		DATA	05/09/19
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA: ORAL LIVRE				su
2	AVP: SF0.9% 500ml 1X/dia				su
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				16:30/12
4	TILATIL 20mg 12/12hs				16:30/12
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N				su
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				su
7	PLASJIL 10 mg EV 8/8h (S/N)				su
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8HS				16:30/8
9	SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				su
10	SSVV + CCGG 6/6 H				16:30/12
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG				su
14	CURATIVO DIARIO				Planton
15					
16					
17					
18					
19					
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica



BLOCO 0

CORVADO J.

Paciente admitido às 18:50 procedente do GT, tran-
xi primário do dia, em
mala, consciente, orientado
segue aos cuidados da
equipe de enfer-
magem.

Jr. Pedro de S. F. Almeida
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 2028

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITAIS

6 H			
12 H			
18 H			
24 H	120/60	89	36,2°C

Obs
às 17:45

PA: 119/68 mmHg

FC: 82 bpm

Edinei Almeida Tananta
Técnica em Enfermagem
COREN-RR 879.380

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA					
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA					
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA					
PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO		05/04/2019	DIH	DN	02/01/1982
PACIENTE VALDEIR PEREIRA CARDOSO					
AGNÓSTICO FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO					
ALERGIAS					
IDADE	37	HAS	DM2	DATA	06/04/2019
LEITO	409-1				
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				S/N
2	AVP				infante
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
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				SR
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 10 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				Rowas
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	133x75	84	18	35,90
18 H	130x78	87	20	36,20
24 H	129x74	80	20	35,2

6h 144x75 74 - 35,90

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

409

Coleta de Exames -
DATA 05/04/19
Coleta

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

Bloco: <u>D</u> Nome Completo: <u>Valdeir Pereira Cardoso</u> Procedência: _____ 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	Data: <u>06-04-19</u> Idade: <u>37a</u> Hipótese Diagnóstica: _____ Enfermaria: <u>409</u> Leito: <u>1</u>
---	--

SISTEMA NEUROLÓGICO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
() Consciente () Sedado () Agitado	() Orientado () Torposo () Reage a estímulos	() Desorientado () Comatoso () Não reage	() Normocárdico () Normotenso () Pulso Cheio	() Bradicárdico () Hipotenso () Filiforme	() Taquicárdico () Hipertenso () Arritmico
PUPILAS			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
() Fotorreagente () Isocóricas	() Mióticas () Anisocóricas	() Midríatica () Não reagentes	() VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT		
REGULAÇÃO TÉRMICA			Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial		
() Afebril () Febril () Hiperpirexia	() Hipotérmico () Febre	() Hipertérmico () Pirexia	Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia		
			() Normal () Diarreia () Constipação () Melena		
			Flatos: () Presente () Ausente		
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
() Hidratada () Normocorada () Anictérica () Acianótica	() Desidratada () Hipocorada () Ictérica () Edema Local:	() Ressecada () Hipercorada () Cianótica	() Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido		
Úlcera por pressão: () Sim () Não			() Ascítico () Maciço () Timpânico		
Região: _____			Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente		
Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO			Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não		
			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE		
			() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria		
			() Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria		
			() Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen		
SISTEMA RESPIRATÓRIO					
() Eupneico Oxigenoterapia	() Bradípneico () Sim () Não	() Taquipneico Qual: _____	() Dispneico	() Ar ambiente	() Traqueostomia
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	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem:			
Sondas: () Sim () Não () SNG	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____			
Dreno de: _____	Data da Instalação: _____	Trocar em: _____			
Cateter Vesical: () Sim () Não	Tipo: _____	Local: _____			
Prótese: () Sim () Não					
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 hipoventilação	() _____			
() Risco de integridade da pele prejudicada	() Risco de infecção	() _____			
() Conforto prejudicado	() Ventilação espontânea prejudicada	() _____			

404-1
concedor

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA 						
DATA DE ADMISSÃO		05/04/2019		DIH	DN	02/01/1982
PACIENTE VALDEIR PEREIRA CARDOSO						
AGNÓSTICO FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO						
ALERGIAS						
IDADE	37	HAS		DM2		
LEITO	409-1	DATA	07/04/2019			
ITEM	PRESCRIÇÃO					HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE					SNO
2	AVP					Mantido
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N					
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N					
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N					SN
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 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N					
13	CURATIVO DIÁRIO					M
14	SSVV + CCGG 6/6 H					rotina
15						
16						
17						
18						
19						
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

06 - 125/89 - 75 - 20 - 36.6°C

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TA
12 H	137/93	104	20	36.5
18 H	124/89	89	19	36.1
24 H	120/90	90	20	36.7

Dr. Odinachi Okemiri
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

us 07 as 19 hs. Afenido 5U de heparina.

aux. Irena

*CORREDOR!



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	05/04/2019	DIH		DN	02/01/1982
PACIENTE	VALDEIR PEREIRA CARDOSO				
AGNÓSTICO	FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	37	LEITO	409-1	DATA	08/04/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
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 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	Tax
12 H	138/85	98	18	36,6
18 H	130/77	88	18	35,5
24 H	112/75	83		30,7

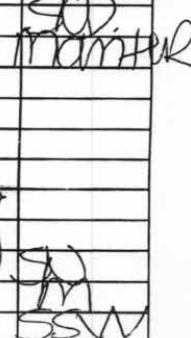
Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

06.14 110x76 76 - 35,5

409
1

* CORREDOR!

409
1

 HOSPITAL GERAL DE RORAIMA SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	05/04/2019	DIH		DN	02/01/1982
PACIENTE	VALDEIR PEREIRA CARDOSO				
AGNÓSTICO	FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO				
ALERGIAS	HAS DM2				
IDADE	37	LEITO	409-1	DATA	09/04/2019
ÍTEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
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 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				SSW
15					
16					
17					
18					
19					
20					
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					
EVOLUÇÃO MÉDICA:					
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES					
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.					
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO					
CONDUTA; MANTIDA					
SINAIS VITAIS					Dr. Odinachi Okemiri Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR
6 H	PA	FC	FR		
112H	110/70	62	18	35.6	
118H	128/72	97	17	36.7	
24 H	125/78	84	-	36.2	
06h	138/80	84	-	35.7	

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

Bloco:	Data:	Enfermeira:	Leito:
Nome Completo:	Idade:	Sexo:	() F () M
Procedência:	Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	Qual(is):		
Alergia: () Sim () Não	Qual idioma:		
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Obs:		
Possui acompanhante: () Sim () Não	Qual idioma:		
Deambulação: () Normal () Sem deambulação () Acamado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/cambaleante			

SISTEMA NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torposo () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS () Fotorreagente () Mióticas () Midríatica () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SOE () GTT () NPT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruídos Hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipocorada () Hiperacorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Acianótica () Edema Local: _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: () Sim () Não FO: () SIM () NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen	
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 () SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem Sondas: () Sim () Não () SNG Quantidade: _____ Dreno de: _____ Trocar em: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: _____ Local: _____ Prótese: () Sim () Não Tipo: _____	
---	--

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

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

GOVERNO DE RORAIMA
Hospital Geral de Roraima

DATA DE ADMISSÃO 05/04/2019 DIH DN 02/01/1982

PACIENTE VALDEIR PEREIRA CARDOSO

AGNÓSTICO FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO

ALERGIAS HAS DM2

IDADE 37 LEITO 409-1 DATA 05/04/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
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 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
15		
16		
17		
18		
19		
20		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

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

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA; MANTIDA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	143 x 73	89	19	35,8°C
13 H	110/69	90	18	36,1°C
24 H				

6 H 112/72 73 36,5°C

Dr Odinachi Okemiri
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1851-RR

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			

SISTEMA NEUROLÓGICO ☐ Consciente ☐ Orientado ☐ Desorientado ☐ Sedado ☐ Torposo ☐ Comatoso ☐ Agitado ☐ Reage a estímulos ☐ Não reage			SISTEMA CARDIOVASCULAR ☐ Normocárdico ☐ Bradicárdico ☐ Taquicárdico BC: _____ ☐ Normotenso ☐ Hipotenso ☐ Hipertenso PA: _____ ☐ Pulso Cheio ☐ Filiforme ☐ Arritmico Pulso: _____																																															
PUPILAS ☐ Fotorreagente ☐ Mióticas ☐ Midríatica ☐ Isocóricas ☐ Anisocóricas ☐ Não reagentes			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL ☐ VO ☐ SNG/SOG ☐ SNE/SOE ☐ GTT ☐ NPT Aceitação da dieta: ☐ Sim ☐ Não ☐ Parcial Evacuações: ☐ Presente ☐ Ausente ☐ Colostomia ☐ Normal ☐ Diarreia ☐ Constipação ☐ Melena Flatos: ☐ Presente ☐ Ausente																																															
REGULAÇÃO TÉRMICA ☐ Afebril ☐ Hipotérmico ☐ Hipertérmico ☐ Febril ☐ Febre ☐ Pirexia ☐ Hiperpirexia			REGULAÇÃO ABDOMINAL ☐ Normotenso ☐ Distendido ☐ Globoso ☐ Flácido ☐ Ascítico ☐ Maciço ☐ Timpânico Ruidos Hidroaéreos: ☐ Presente ☐ Ausente Visceromegalias: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ Sim ☐ Não																																															
CARACTERÍSTICAS DA PELE ☐ Hidratada ☐ Desidratada ☐ Ressecada ☐ Normocorada ☐ Hipocorada ☐ Hipercoreada ☐ Anictérica ☐ Ictérica ☐ Cianótica ☐ Acianótica ☐ Edema Local: _____ Úlcera por pressão: ☐ Sim ☐ Não Região: _____ Curativo realizado: ☐ Sim ☐ Não FO: ☐ SIM ☐ NÃO			SISTEMA URINÁRIO / DIURESE ☐ Espontânea ☐ SVD ☐ Anúria ☐ Oligúria ☐ Poliúria ☐ Disúria ☐ Colúria ☐ Hematúria ☐ Cistostomia ☐ Irrigação contínua ☐ Uropen																																															
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 <table border="0"> <tr> <td>☐ Deglutição</td> <td>☐ Padrão respiratório ineficaz</td> <td>☐ _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Risco de nutrição desequilibrada</td> <td>☐ Déficit no autocuidado para alimentação</td> <td>☐ _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Risco de glicemia instável</td> <td>☐ Déficit no autocuidado para banho/higiene</td> <td>☐ _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</td> <td>☐ Conhecimento deficiente</td> <td>☐ _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Volume de líquidos excessivo</td> <td>☐ Comunicação verbal prejudicada</td> <td>☐ _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Volume de líquidos deficiente</td> <td>☐ Risco de dignidade humana comprometida</td> <td>☐ _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Eliminação urinária prejudicada</td> <td>☐ Processos familiares disfuncionais</td> <td>☐ _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Risco de constipação</td> <td>☐ Risco de quedas</td> <td>☐ _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Diarreia</td> <td>☐ Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td>☐ _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Incontinência intestinal</td> <td>☐ Dor aguda</td> <td>☐ _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Padrão de sono prejudicado</td> <td>☐ Dor crônica</td> <td>☐ _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Mobilidade física prejudicada</td> <td>☐ Náusea</td> <td>☐ _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Integridade da pele prejudicada</td> <td>☐ Risco de broncoaspiração</td> <td>☐ _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td>☐ Risco de infecção</td> <td>☐ _____</td> </tr> <tr> <td>☐ Conforto prejudicado</td> <td>☐ Ventilação espontânea prejudicada</td> <td>☐ _____</td> </tr> </table>						☐ 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	☐ _____
☐ 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	☐ _____																																																

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																									
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																									
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																									
PRESCRIÇÃO MÉDICA																									
DATA DE ADMISSÃO	05/04/2019	DIH		DN	02/01/1982																				
PACIENTE	VALDEIR PEREIRA CARDOSO																								
AGNÓSTICO	FRATURA DE PLATO TIBIAL ESQUERDO																								
ALERGIAS		HAS		DM2																					
IDADE	37	LEITO	409-1	DATA	11/04/2018																				
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO																				
1	DIETA ORAL LIVRE																								
2	AVP																								
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N																								
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N																								
8	PLASIL 10MG EV 8/6H 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 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N																								
13	CURATIVO DIÁRIO																								
14	SSVV + CCGG 6/6 H																								
15																									
16																									
17																									
18																									
19																									
20																									
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA																								
EVOLUÇÃO MÉDICA:																									
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																									
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																									
# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO																									
CONDUTA; MANTIDA																									
<i>Dr. Edson Silva Santiago</i> <i>Dr. Edson Silva Santiago</i> <i>Dr. Edson Silva Santiago</i> <i>Dr. Edson Silva Santiago</i>																									
SINAIS VITAIS <table border="1"> <thead> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th></th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td>128/79</td> <td>96</td> <td>19</td> <td>35.1</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				6 H	PA	FC	FR		12 H	128/79	96	19	35.1	18 H					24 H					Dr. Edson Silva Santiago Residente De Ortopedia e Traumatologia Crm 1851-RR	
6 H	PA	FC	FR																						
12 H	128/79	96	19	35.1																					
18 H																									
24 H																									

209-1

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F			
Bloco:	Data:	Enfermari:	Leito:
Nome Completo:	DN: / / Sexo: () F () M		
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			
SISTEMA NEURÓLOGO () Consciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torpido () Comatoso () Agitado () Reage a estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ () Normotenso () Hipotenso () Hipertenso PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulso: _____	
PUPILAS () Fotoreagente () Mióticas () Midríaticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Pirexia () Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Maciço () Timpânico Ruídos hidroaéreos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE () Hidratada () Desidratada () Ressecada () Normocorada () Hipercoreada () Hipocorada () Anictérica () Ictérica () Cianótica () Adenítica () Edema Local: Úlcera por pressão: () Sim () Não Região:		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria () Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria () Cistostomia () Irrigação contínua () Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispnico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual:			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Peritônico: () Sim () Não Cateter Central: () Sim () Não Sinais de Infecção no sítio da punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG Dreno de: Aspecto da secreção: Quantidade: Cateter Vesical: () Sim () Não Data da Instalação: Trocar em: Prótese: () Sim () Não Tipo: Local:		Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ () Lavagem () Sifonagem	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição Prejudicada () Risco de infecção () Risco de nutrição desequilibrada () Risco de glicemia instável () Risco de desequilíbrio do volume () Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos deficiente		() Padrão respiratório ineficaz () Ventilação espontânea prejudicada () Mobilidade física prejudicada () Risco de integridade da pele prejudicada () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Padrão de sono prejudicado () Déficit no autocuidado para Higiene	
() Risco de Lesão por Pressão () Risco de Quedas () Risco de Broncoaspiração () Eliminação urinária prejudicada () Risco de constipação () Comunicação deficiente			
Escala de Morse			
1. Histórico de Queda Não: 0 Sim: 25		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado Não: 0 Sim: 20	
2. Diagnóstico Secundário Não: 0 Sim: 15		5. Marcha/Deambulação Normal/Sem deambulação/Acamado: 0 Fraca: 10 Comprometida/Cambaleante: 20	
3. Auxílio na Deambulação Nenhum/Acamado/Auxiliado: 0 Muleta/Bengala/Andador: 15 Mobilidade Pareda: 30		6. Estado Mental Orientado/limitado/conhece as limitações: 0 Superestima capacidade/Esquece limitação: 15	
TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24		Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45	
Prescrição para prevenção de queda no verso			

409-1



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE Valdeir Pereira Lencoso, 37 ANOS,
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 05/04/19, COM
DIAGNÓSTICO DE Fratura De Placa Lateral (E)
NO DIA / / , FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
_____ SENDO

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 11/04/19, AS 12,00hrs EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 29/04/19, AS _____, COM O
DR. Bruno

Receber alta pelo N.R.

ORIENTAÇÕES GERAIS :

Agendar na recepção 402

- 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. Okemari

BOA VISTA, 11/04/19

Dr. Odinachi Okemari
Médico (Ortopedia)
Especialista em Traumatologia
CBO 31211010
MÉDICO

SINISTRO 3190425135 - Resultado de consulta por beneficiário

VÍTIMA VALDEIR PEREIRA CARDOSO

COBERTURA Invalidez

PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A

BENEFICIÁRIO VALDEIR PEREIRA CARDOSO

CPF/CNPJ: 76204219200

Posição em 12-08-2019 15:59:07

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