

## PROCURAÇÃO

OUTORGANTE: Dimelton das Chagas Silva  
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Op. de Máquina  
RG nº: 3661276 CPF nº: 015.013.752-45  
E-MAIL: \_\_\_\_\_ TELEFONE: 9172-2749  
ENDEREÇO: Av. Uirapuru, 55, Dr. Ailton Rocha

**OUTORGADOS:** IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1639, IGOR BORGES BRÍGLIA, devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 548-E, ambos com endereço profissional nesta Capital.

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

BOA VISTA – RR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

Dimelton das Chagas Silva

OUTORGANTE

## DECLARAÇÃO DE INSUFICIÊNCIA DE RENDIMENTOS

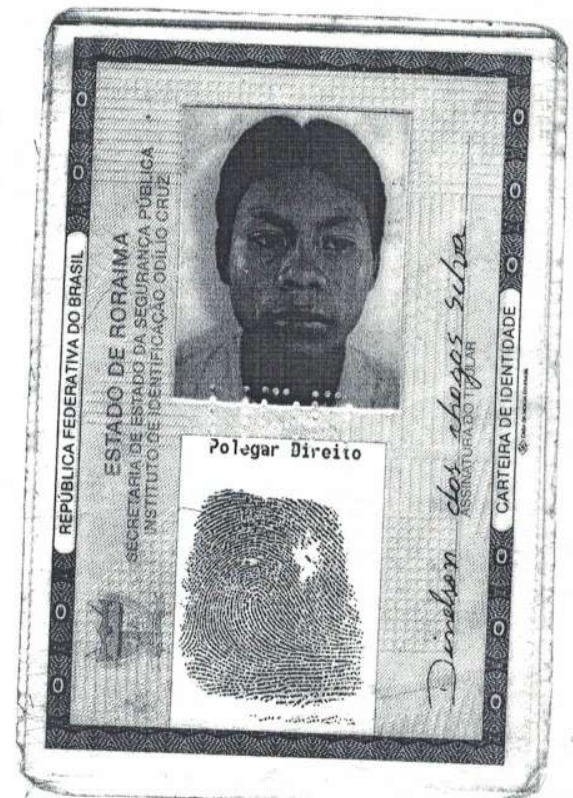
OUTORGANTE: Dinelson das Chagas Silva  
ESTADO CIVIL: Solteiro PROFISSÃO: Op. de Máquina  
RG nº: 3661776  
CPF nº: 015.013.752-45  
ENDEREÇO: Av. Viamutã, 55, Dr. Ailton Rocha

DECLARA não ter condições de arcar com as despesas processuais e honorários advocatícios sem o prejuízo de seu sustento e/ou de sua família, nos termos do Art. 99, §3º, da Lei 13.105/15 e alterações, por ser pessoa pobre na acepção jurídica do termo.

BOA VISTA – RR, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_\_\_.

X Dinelson das Chagas Silva

OUTORGANTE



07 MAR. 2019

| TRABALHADOR                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   | MINISTÉRIO DO TRABALHO<br>E EMPREGO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Esta é sua Carteira de Trabalho - CTPS, instituída pelo então Presidente Getúlio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.</p> <p>Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.</p> <p>O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.</p> <p>Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.</p> <p>CONFECIONADA COM RECURSOS DO<br/>PAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR</p> <p>VISITE O PORTAL MTE: <a href="http://WWW.MTE.GOV.BR">WWW.MTE.GOV.BR</a></p> | <p>CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL</p> <p>PIS/PASEP <b>161.51658.19-2</b></p> <p>NÚMERO <b>8123557</b> SÉRIE <b>0040</b> UF <b>RR</b></p> <p><i>Dinelson das Chagas Silva</i><br/>ASSINATURA DO TITULAR</p> <p> </p> |

| QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                | ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p></p> <p><b>DINELSON DAS CHAGAS SILVA</b></p> <p>FILIAÇÃO: NELSON SILVA DAS CHAGAS<br/>PRISCILA DAS CHAGAS<br/>SEXO: MASCULINO<br/>NASCIMENTO: 21/01/1982<br/>ESTADO CIVIL: SOLTEIRO<br/>NATURALIDADE: BONFIM - RR<br/>DOCUMENTO: R.G. 3661776 SESP RR 22/10/2007<br/>LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996<br/>CPF: 015.013.752-45<br/>TÍT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:<br/>LOCAL/ DATA DE EMISSÃO: SRTERR - 21/08/2014</p> <p><br/>ASSINATURA DO EMISSOR</p> | <p>FILIAÇÃO: _____</p> <p>DATA DE NASC. DE ____/____/____ PARA ____/____/____<br/>DOCUMENTO: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: _____</p> <p>NOME: _____</p> <p>DOCUMENTO: _____</p> <p>ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR: _____</p> <p><b>LEGENDA</b></p> <p>A - CASAMENTO C - DIVÓRCIO E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE G - DATA DE NASCIMENTO<br/>B - SEP. JUDICIAL D - ADOÇÃO F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA</p> <p>03</p> |

07 MAR. 2019

**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**

**DINELSON DAS CHAGAS SILVA**

FILIAÇÃO.....: NELSON SILVA DAS CHAGAS  
PRISCILA DAS CHAGAS  
SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO.....: 21/01/1992  
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BONFIM - RR  
DOCUMENTO.....: R.G. 3661776 SESP RR 22/10/2007

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF.....: 015.013.752-45  
CNH.....:   
TIT. ELEITOR:   
ZONA:   
LOCALIDADE DE EMISSÃO: SRTE/RR - 21/08/2014



  
LUIZ ALBERTO DE OLIVEIRA  
Assinante: Registro de Trabalho e Previdência Social - RR

ASSINATURA DO EMISSOR

 **MINISTÉRIO DO TRABALHO  
E EMPREGO**

**CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL**

PIS/PASEP **161.51658.19-2**

NÚMERO **8123557** SÉRIE **0040** UF **RR**

*Dinelson das Chagas Silva*  
ASSINATURA DO TITULAR

POLEGAR DIREITO

1234

**QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO**

**DINELSON DAS CHAGAS SILVA**

FILIAÇÃO.....: NELSON SILVA DAS CHAGAS  
PRISCILA DAS CHAGAS  
SEXO: MASCULINO  
NASCIMENTO.....: 21/01/1992  
ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO  
NATURALIDADE: BONFIM - RR  
DOCUMENTO.....: R.G. 3661776 SESP RR 22/10/2007  
LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995  
CPF.....: 015.013.752-45  
CNH.....:  
TÍT. ELEITOR.....: ZONA:  
LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 21/08/2014

*[Assinatura]*  
ASSINATURA DO EMISSOR

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO NORTE

Inscrição CGF  
24.023568-7  
Fazenda Vista Montanha Ltda  
Rua RR 401 S/N, APT 401 - 12 - 190 Luiz  
Zona Rural - CEP: 69.380-000 - Bonfim/RR  
CNPJ: 15.256.841/0002-12

Auxiliar de Serviços  
Gerais  
16 novembro 2013  
R\$ 724,00 (setecentos e  
vinte e quatro reais) p.mês.  
Steffen Holzwarth  
Diretor  
Fazenda Vista Montanha Ltda.

| QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO                                                   |                                                 |
|-----------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------|
|  |                                                 |
| <b>DINELSON DAS CHAGAS SILVA</b>                                                  |                                                 |
| FILIAÇÃO.....: NELSON SILVA DAS CHAGAS<br>PRISCILA DAS CHAGAS                     | SEXO: MASCULINO                                 |
| NASCIMENTO.....: 21/01/1992                                                       | ESTADO CIVIL.....: SOLTEIRO                     |
| NATURALIDADE: BONFIM - RR                                                         | DOCUMENTO.....: R.G. 3661776 SESP RR 22/10/2007 |
| LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995                                               | CPF.....: 015 013 752-45 CNH.....:              |
| TÍT. ELEITOR:                                                                     | SEÇÃO: ZONA:                                    |
| LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 21/08/2014                                       |                                                 |
|  |                                                 |
| ASSINATURA DO EMISSOR                                                             |                                                 |



**CAER**  
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA

CNPJ: 05.938.467/0001-15  
INSCRIÇÃO ESTADUAL: 24.008.114-4  
RUA MELVIN JONES, 219 - SÃO PEDRO - CEP. 69.308-810

**ATENDIMENTO**  
**CAER**  
0800 280 9520  
www.caer.com.br

**Matrícula:** 1136283

**Julho/2018**

**Cliente:** JANEUCA DAS CHAGAS SILVA

**Endereço do Imóvel:** AV UIRAMUTA, NÚM. 01655 - IR AIRTON ROCH  
A BOA VISTA RR 69311-704

| Inscrição            | Rota | Seq.Rota | Economias |
|----------------------|------|----------|-----------|
| 001.036.325.0630.000 | 9    | 1760     | 1         |

| Hidrômetro | Data de Instalação | Situação Água | Situação Esgoto |
|------------|--------------------|---------------|-----------------|
| A13B253183 | 10/03/2014         | LIGADO        | PCTENCIAL       |

| ANTERIOR                          | ATUAL | CONSUMO (m³) | NUM DE DIAS |
|-----------------------------------|-------|--------------|-------------|
| LEITURA FAT. 246                  | 256   | 10           | 29          |
| LEITURA INF.                      |       |              |             |
| DT. LEITURA 05/06/2018 04/07/2018 |       |              |             |

**ULTIMOS CONSUMOS**

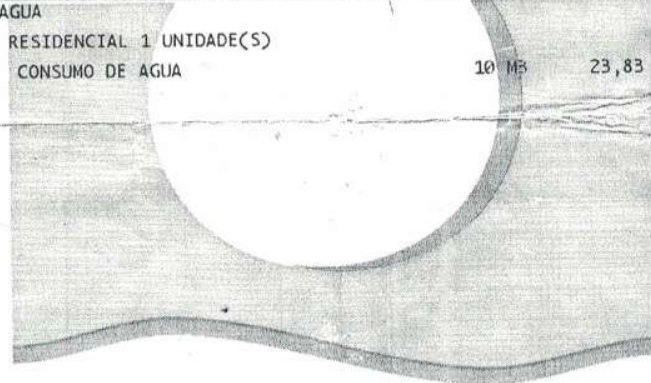
|              |          |
|--------------|----------|
| 201806       | 10-17    |
| 201805       | 10-17    |
| 201804       | 10-17    |
| 201803       | 10-100   |
| 201802       | 10-17    |
| 201801       | 0-0      |
| <b>MEDIA</b> | <b>8</b> |

Qualidade da Água Distribuída no Fornecedor

Informações das Análises Realizadas na Rede de Distribuição  
DECRETO FEDERAL Nº 5.946 - 2006 G.M

| ANÁLISES   | CLORO | TURBID.2 | PH  | % TOTALIS | E.COLI |
|------------|-------|----------|-----|-----------|--------|
| EXIGIDAS   | 168   | 160      | 1.0 | 168       | 168    |
| ANALISADAS | 170   | 170      | 1.0 | 170       | 170    |
| CONFORMES  | 149   | 170      | 1.0 | 170       | 170    |

| DESCRICAO                | CONSUMO | TOTAL(R\$) |
|--------------------------|---------|------------|
| <b>AGUA</b>              |         |            |
| RESIDENCIAL 1 UNIDADE(S) |         |            |
| CONSUMO DE AGUA          | 10 M3   | 23,83      |



**RECEBIMENTO:** 15/08/2018

**TOTAL A PAGAR** 23,83



**CAER**  
COMPANHIA DE ÁGUAS E ESGOTOS DE RORAIMA

| MATRÍCULA | REFERENCIA | VEICULAMENTO | TOTAL A PAGAR |
|-----------|------------|--------------|---------------|
| 1136283   | 07-2018    | 15-08-2018   | 23,83         |

82650000000-3 23830004001-7 00113628301-4 07201850003-2



07 MAR. 2019



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

**BOLETIM DE OCORRÊNCIA**

Nº: 004077/2019

**DADOS DO REGISTRO**

Data/Hora Início do Registro: 19/02/2019 12:02 Data/Hora Fim: 19/02/2019 12:14  
Origem: Pessoa Física - Particular Data: 19/02/2019  
Delegado de Polícia: Juraci Ribeiro da Rocha

**DADOS DA OCORRÊNCIA**

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito  
Data/Hora do Fato: 16/06/2018 18:00

**Local do Fato**

Município: Bonfim (RR)  
Logradouro: RR-207

Bairro: VILA VILHENA

Tipo do Local: Via Pública

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

**ENVOLVIDO(S)**

| Nome Civil: DINELSON DAS CHAGAS SILVA (COMUNICANTE) |                                      |                 |                  |
|-----------------------------------------------------|--------------------------------------|-----------------|------------------|
| Nacionalidade: Brasileira                           | Naturalidade: RR - Bonfim            | Sexo: Masculino | Nasc: 21/01/1992 |
| Profissão: Operador de Máquina                      | Nome do Pai: Nelson Silva das Chagas |                 |                  |
| Nome da Mãe: Priscila das Chagas                    |                                      |                 |                  |

**Documento(s)**

RG - Carteira de Identidade: 3661776

**Endereço**

Município: Boa Vista - RR  
Logradouro: Av: Uiramuran  
Bairro: Pérola (Dr.: Airton Rocha)

Nº: 55

**OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)**

Nenhum Objeto Informado

**RELATO/HISTÓRICO**

O comunicante vem a este DP para informar que é habilitado (CNH 07178279059) e que na data, hora e local acima informado, pilotava a motocicleta Honda CG Titan 160 de placa NAV-7977/RR, de sua propriedade e chassi 9C2KC2210HR25376, cor preta, RENAVAL 01123104228, quando passou por um buraco na via, o que o fez perder o controle da motocicleta levando-o ao solo. Que estava chovendo no momento do acidente. Que foi levado ao posto de saúde da Vila Vilhena por seu irmão Edinelson das Chagas Silva que estava em outra motocicleta logo atrás do comunicante. Que devido as lesões sofridas, foi necessário o comunicante ser levado ao HGR por uma equipe do SAMU, onde recebeu atendimento médico. Que o referido B.O é exclusivamente para fins de seguro DPVAT. É o que tinha a comunicar.



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 004077/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães  
Responsável pelo Atendimento

RA: 042000925

Dinelson das Chagas Silva  
(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-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa de Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."



07 MAR. 2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE  
HOSPITAL GERAL DE RORAIMA - PAAR / PSFE  
AV BRIGADEIRO EDUARDO GOMES, 3308 - AEROPORTO



Viso por

18/06/18

NOTURNO 19

28

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

967890 16/06/2018 23:46:50

paciente  
**DINELSON DAS CHAGAS SILVA**  
Tipo Doc Documento Órgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade  
**IDENTIDADE 3661776 SSP/RR M SOLTEIRO(A) PARDAS BRASILEIRA**  
Mãe  
**PRISCILA DAS CHAGAS**  
Endereço  
**RUA - RIO ALALAU - SN - SAO VICENTE - BOA VISTA - RR**

Data Nascimento Idade  
**21/01/1992 26 A 4 M 26 D**

CNS CPF 07 Prontuário  
**00057136**

Contato  
**(95) 99172-4749**

Ocupação  
**NÃO INFORMADA**

Class. de Risco Plano Convênio  
**SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE**

Nº da Carteira Validade Autorização Sis Prenatal

Motivo do Atendimento  
**ACIDENTE DE MOTO**

Caráter do Atendimento Profissional do Atend. Procedência Temp. Peso Pressão  
**URGÊNCIA**

Sector  
**GRANDE TRAUMA**

Tipo de Chegada Procedimento Sol. Registrado por:  
**AMBULANCIA (HOSPITAL)**

Queixa Principal

☐ Síndrome Febril ☐ Sintomático Respiratório ☐ Suspeita de Dengue

Anamnese de Enfermagem

GSC  
AO: 1234 RV: 12345 MRV: 123456

Anamnese - (HORA DA CONSULTA - \_\_\_\_:\_\_\_\_h)

vitim acidente moto

Exame Físico

Exame físico normal, sem

Hipótese Diagnóstica

Acidente de trânsito A 25

SADT - Exames Complementares

☐ RAIO - X ☐ ULTRA - SON ☐ TC ☐ SANGUE ☐ URINA ☐ ECG ☐ OUTROS:

PRESCRIÇÃO

APRAZAMENTO

OBSERVAÇÃO

24/25

Dr. Leonardo Rabelo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM-RR 1715

Amado C. Freitas  
Enfermeiro  
ORTEM-RR 000034

Renato C. Freitas  
Enfermeiro  
LOREN-RR 000034

Conduta

☐ Alta por Decisão Médica  
☐ Alta a Pedido  
☐ Alta a Revelia  
☐ Transferência para:  
☐ Ambulatório  
☐ Observação (Até 24h)  
☐ Internação  
Data e Hora da Saída/Alta: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

óbito

Antes do 1º Atendimento? ☐ Sim ☐ Não Destino: ☐ Família ☐ IML Anatomia Patológica

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Impresso por: souza  
Data Hora: 16/06/2018 23:49:19



180096/890

07 MAR. 2019

**BLOCO A**


**SUS** Sistema Único de Saúde    Ministério da Saúde    **LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

|                                                                |                     |
|----------------------------------------------------------------|---------------------|
| <b>IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE</b>               |                     |
| <b>1 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE</b><br>HCR | <b>2 - CNES</b><br> |
| <b>3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE</b><br>HCR  | <b>4 - CNES</b><br> |

|                                    |  |                          |          |
|------------------------------------|--|--------------------------|----------|
| IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE          |  | 6 - N° DO PRONTUÁRIO     |          |
| 5 - NOME DO PACIENTE               |  | 87136                    |          |
| 7 - CARTÃO NACIONAL DE SAÚDE (CNS) |  | 8 - DATA DE NASCIMENTO   | 9 - SEXO |
| 10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL |  | 11 - TELEFONE DE CONTATO |          |
| 12 - ENDEREÇO (RUA, N°, BAIRRO)    |  | N° DO TELEFONE           |          |
| 13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA       |  | 14 - Cód. IBGE MUNICÍPIO | 15 - UF  |
|                                    |  | 16 - CEP                 |          |

| 17 - PRINCIPAIS SINAIS E SINTOMAS CLÍNICOS                           | JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO                                                                                                  |
|----------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p style="font-size: 1.2em; color: blue;">Fe exame físico + ausc</p> | <div style="text-align: center;">  </div> |
| <p style="font-size: 1.2em; color: blue;">Tto. cir</p>               |                                                                                                                              |

19 - PRINCIPAIS SINTOMAS E EFECTOS CLINICAS (RESULTADOS DE EXAMES REALIZADOS)

2x + mome - ex. f. c.

20 DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO

F. exp. lhu

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

| PROCEDIMENTO SOLICITADO                                               |  |                            |  |                                      |  |                                                                                           |                             |  |  |
|-----------------------------------------------------------------------|--|----------------------------|--|--------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|--|--|
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO<br>Hto cir la exposto fibro |  |                            |  |                                      |  |                                                                                           | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO |  |  |
| 26 - CLÍNICA                                                          |  | 27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO |  | 28 - DOCUMENTO<br>( ) CNS ( ) CPF    |  | 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE<br>Dr. Leonardo Rabelo |                             |  |  |
| 30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE<br>Dr. Leonardo    |  |                            |  | 31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO<br>17/06/18 |  | 32 - ASSINATURA DO REPRESENTANTE DO CONSELHO<br>Ontopédio (Traumatologia)<br>CRM-RR 1715  |                             |  |  |

| PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)                                                                                                                                                           |                                |  |  |  |  |                      |  |            |  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------|--|--|--|--|----------------------|--|------------|--|--|
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO                                                                                                                                                                                                | 38 - CNPJ DA SEGURADORA        |  |  |  |  | 37 - N° DO BILHETE   |  | 36 - SÉRIE |  |  |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO                                                                                                                                                                                         | 39 - CNPJ EMPRESA              |  |  |  |  | 40 - CNAE DA EMPRESA |  | 41 - CBOR  |  |  |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO                                                                                                                                                                                        | 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA |  |  |  |  |                      |  |            |  |  |
| <input type="checkbox"/> EMPREGADO <input type="checkbox"/> EMPREGADOR <input type="checkbox"/> AUTÔNOMO <input type="checkbox"/> DESEMPREGADO <input type="checkbox"/> APOSENTADO <input type="checkbox"/> NÃO SEGURADO |                                |  |  |  |  |                      |  |            |  |  |

|                                       |         |                                                         |  |                         |  |                                                 |      |
|---------------------------------------|---------|---------------------------------------------------------|--|-------------------------|--|-------------------------------------------------|------|
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |         | AUTORIZAÇÃO                                             |  | 44 - COD. ORGÃO EMISSOR |  | 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR |      |
| 45 - DOCUMENTO                        |         | 46 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR |  |                         |  | 040805050                                       |      |
| ( ) CNS                               | ( ) CPF |                                                         |  |                         |  |                                                 | 5822 |
| 47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO              |         | 48 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)  |  |                         |  |                                                 |      |
| 22/6/14                               |         |                                                         |  |                         |  |                                                 |      |

Atle 30.6

07 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 14.03.18 O.S. \_\_\_\_\_

Dinelson Dos Chagas  
Silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Fratura exposta tíbia (D)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Tratamento cirúrgico fratura exposta tíbia (D)

TIPO DE INTERVENÇÃO:

Ampliação

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

O mesmo

CIRURGIÃO:

Dr. Leonardo R.

1º AUXILIAR:

Dr. Odinechi R.

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:



RELATÓRIO CIRURGICO

- 1) Paciente em D.D.H
- 2) Intubação e Sepsis
- 3) Abertura do tegumento ósseo
- 4) 2.ª E
- 5) Sutura
- 6) Redução interna + fixação externa dos ossos
- 7) Sutura
- 8) RPA

Dr. Leonardo Rabelo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1716

Dr. Odinechi Okemiri  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 1551/RR

07 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
Secretaria de Saúde

FICHA DE ANESTESIA

17/6/18

DINELSON DOS CHAGOS SILVA.

PRÉ-MEDICAÇÃO: DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Q

Reje Negro  
Naga HPP.

| AGENTES          | 15          | 30          | 45 | 1 | 15 | 30 | 45 | 2 | 15 | 30 | 45 | 3 | 15 | 30 | 45 | 4 | 15 | 30 | 45 |
|------------------|-------------|-------------|----|---|----|----|----|---|----|----|----|---|----|----|----|---|----|----|----|
| AGENTES          | N 20        |             |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
|                  | 02          |             |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| LIQUIDOS VENOSOS | A<br>V<br>P | M<br>S<br>E |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| DA               | °C          | 240         |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| X                | 38          | 225         |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| USO              | 36          | 200         |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| ANES             | 34          | 180         |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| X                | 32          | 160         |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| OP               | 30          | 140         |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| O                |             | 120         |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| TEMP             |             | 100         |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| ASPIR.           |             | 80          |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| A                |             | 60          |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| RESP             |             | 40          |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| O                |             | 20          |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| Expost           |             |             |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| Assist           |             |             |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |
| Contro           |             |             |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |   |    |    |    |

SÍMBOLOS

A 20 AB 10  
2 3 6 7 9

| AGENTES                                   | DOSES    | TÉCNICA                             | ANOTAÇÕES                                      |
|-------------------------------------------|----------|-------------------------------------|------------------------------------------------|
| A Bupivacaína 11 par (0,5%) 11,5          |          | Anestesia Média                     | X-CHECK LIST ANEST - OK.                       |
| B Dipirona 2g EV                          |          | Isol. simples c/ agulha             | 1-Monitor: SpO <sub>2</sub> / PANE / AC. / ECG |
| C Truval 100g EV                          |          | 26 G de Quincke 100                 | 2- CN O <sub>2</sub> + AUP                     |
| D                                         |          | Limpa Água de Roche                 | 3- Assepsia + Antissepsia + Campos Est.        |
| E                                         |          | Ventilação espontânea               | 4- Botão Anestésico em local da Roche          |
| F                                         |          | em Al ambiente c/ CN O <sub>2</sub> | 5- Anestesia 5/ interconexões                  |
| G                                         |          |                                     | Bupivacaína Hiperb. 27,5                       |
| GLICOSE                                   | LIQUIDOS | Cócula - Mito / Oro Fatores         | 6- cefalotina 10. Retidina 30 EV               |
| HCO <sub>3</sub>                          |          | Naso / Oritraqueal - Cego           | 7- cefalotina 8                                |
| SANGUE                                    |          | Baf - Temp - Calibre do Tubo        | 8- Dipirona 2g                                 |
|                                           |          | Sob Molecula                        | 9- Truval 100g                                 |
|                                           |          | Oficinas de Técnica                 |                                                |
| GF 2,2. 1600ml                            |          |                                     |                                                |
| TOTAL 1600ml                              |          | TEMPO DE ANESTESIA                  |                                                |
| OPERAÇÃO Osteosíntese de fratura de Tíbia |          |                                     |                                                |
| ANESTESIA Dr. Ailton                      | CÓDIGO   | DRUGÃO Dr. Leonardo                 | RELATOR SANGÜINEI: Dr. Leonardo                |

Bruno Ribeiro C. Pinto  
MÉDICO  
CRM-RR 1025

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brg. Eduardo Gomes, S/N  
Nove Planalto Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
27 SET. 2018  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentada neste Hospital

07 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                                                                                |                             |                            |                                       |                                 |       |
|--------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------|
| NOME DO PACIENTE                                                               |                             | APR OU LEITO               | Nº DO PRONTUÁRIO                      | DATA                            |       |
| Danielson dos Chagas                                                           |                             |                            | 00057136                              | 17/06/18                        |       |
| CIRURGIA                                                                       |                             |                            |                                       |                                 |       |
| SILVA                                                                          |                             | TIPO                       | TEMPO DE DURAÇÃO                      |                                 |       |
| Fixação Externa de Tibia "D"                                                   |                             | INICIO                     | FIM                                   | TEMPO TOTAL                     |       |
|                                                                                |                             | 2:00                       | 2:45                                  |                                 |       |
| EQUIPE MÉDICA                                                                  |                             |                            |                                       |                                 |       |
| CIRURGIÃO                                                                      |                             | ANESTESISTA: Dr. RILTO     |                                       |                                 |       |
| Dr. Leonardo                                                                   |                             | RES. ANESTESIA: Res. Bruno |                                       |                                 |       |
| 2º AUXILIAR                                                                    |                             | INSTRUMENTADOR             |                                       |                                 |       |
| Res Odinachi                                                                   |                             |                            |                                       |                                 |       |
| 3º AUXILIAR                                                                    |                             | CIRCULANTE                 |                                       |                                 |       |
|                                                                                |                             | Wellington e Hilma         |                                       |                                 |       |
| DE ANESTESIA: RIZOVE                                                           |                             | TEMPO DE DURAÇÃO:          |                                       |                                 |       |
| QUANT.                                                                         | MATERIAIS                   | VALOR                      | QUANT                                 | MEDICAMENTOS                    | VALOR |
| 1                                                                              | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. |                            | 1                                     | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml |       |
| 10                                                                             | PACOTES GAZE                |                            |                                       | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO    |       |
|                                                                                | LUVA ESTERIL 7.6            |                            |                                       | FRASCOS- SORO GLICOSADO         |       |
|                                                                                | LUVA ESTERIL 7.5            |                            |                                       | FIO VICRYLNº                    |       |
|                                                                                | LUVA ESTERIL 8.0            |                            | 1                                     | FIO MONONYLON Nº 2.0            |       |
|                                                                                | LUVA ESTERIL 8.5            |                            |                                       | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº       |       |
| 10                                                                             | LUVAS P/PROCEDIMENTOS       |                            |                                       | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº       |       |
|                                                                                | LÂMINA BISTURINº 22         |                            |                                       | 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                        |       |
|                                                                                | SERINGA03ML                 |                            | 1                                     | Equipo macroscópicas            |       |
| 3                                                                              | SERINGA05 ML                |                            | 1                                     | Agulha P/ rizove                |       |
| 2                                                                              | SERINGA 10ML                |                            |                                       | Atadura de crepom               |       |
|                                                                                | SERINGA20ML                 |                            |                                       | Escova P/ degermação            |       |
| 5                                                                              | Eletrodo                    |                            | 1                                     | Jelco n: 18                     |       |
| MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA E CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS |                             |                            | DEBITAR NA C.C DO PACIENTE            |                                 | VALOR |
| INSTRUMENTADOR (A)                                                             |                             | ENFERMEIRA CHEFE           | MATERIAL MEDICAMENTOS                 |                                 |       |
|                                                                                |                             | Alessandro                 |                                       |                                 |       |
|                                                                                |                             | Erika                      | SUB- TOTAL                            |                                 |       |
| FUNCIONÁRIO/CÁLCULOS                                                           |                             | CIRCULANTE DE SALA         | TAXA DE SALA                          |                                 |       |
|                                                                                |                             |                            | SOMA                                  |                                 |       |
|                                                                                |                             |                            | ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE |                                 |       |

HOSPITAL DE RORAIMA  
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
27 SET. 2018  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

07 MAR. 2019

SAI - SISTEMATIZAÇÃO DE ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA  
NOME: Direlson dos Reis Chaves Junior

[illegible]

07 MAR. 2019

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA



| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                                                               | PRÉ                                                                            | TRANS | PÓS | PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM                                                                                                                    | HORARIO | PRÉ | TRANS | PCS |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------|-------|-----|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------|-----|-------|-----|
| Análise relacionada (a) procedimentos transoperatórios (b) procedimentos pós-operatórios                |                                                                                | A/B   |     | Avellar preparo operatório                                                                                                                   |         |     |       |     |
| Risco para infecção relacionado (a) intervenção cirúrgica (b) presença de cateter ou sonda.             |                                                                                | A/B   |     | Orientar paciente sobre o que durante a sua permanência na C.C.                                                                              |         | X   |       |     |
| Risco para aspiração relacionado (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.                             |                                                                                | A/B   |     | Encaminhar paciente a sala de cirurgia                                                                                                       |         | X   |       |     |
| Desobstrução ileílica relacionada (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade.                            |                                                                                | A/B   |     | Cuidar para que não esteja fria na recepção do paciente                                                                                      |         | X   |       |     |
| Padrão respiratório ineficaz relacionado (a) deprimido do centro respiratório (b) relaxamento muscular. |                                                                                | A     |     | Mantém paciente coberto sem camisa                                                                                                           |         |     | X     |     |
| Risco para hipotermia relacionado (a) estado de anestesia cirúrgica (b) temperatura ambiental e idade.  |                                                                                | D     |     | Instalar mantas térmicas e calmetria de pulso                                                                                                |         |     | X     |     |
| Risco para trauma relacionado (a) estado anestésico (b) agitação (c) uso de bítula elétrica.            |                                                                                | A/C   |     | Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica                                                                                       |         |     | X     |     |
| Risco para traumatismo (a) pelo posicionamento peroperatório.                                           |                                                                                | A     |     | Seguir regras de instalação de cuidados com bítula elétrica                                                                                  |         |     | X     |     |
| Integridade da pele prejudicada (a) cirurgia (b) queimadura.                                            |                                                                                | A     |     | Registrar volume e injetar aspecto do débito urinário de 1/1 hora                                                                            |         |     | X     |     |
| Mobilidade física prejudicada relacionada a estado pré-anestésico cirúrgico.                            |                                                                                | X     |     | Controlar drenos frequentes nas primeiras horas de PC                                                                                        |         |     |       | X   |
| Retenção urinária relacionada (a) diminuição do tônus da bexiga pós-anestésico.                         |                                                                                | -     |     | Comunicar em 15 min o aumento de sangramentos pós-injeções e cateteres                                                                       |         |     |       | X   |
| Incontinência intestinal relacionada (a) alívio da anestesia (b) não realização de enema                |                                                                                | -     |     | Verificar sinais vitais (T, PA, PC, PVC, FR, saturação e perfusão) de 15/15 min. 1, 3, 30/30 min 2h, 1/1 hora em diante.                     |         |     |       | X   |
| Mucosa oral alterada relacionada ao uso do tubo endotraqueal.                                           |                                                                                | -     |     | Anotar e comunicar enfermeira alterações de padrão respiratórios (apneia, diplopia, queda da saturação, alterações no nível de consciência). |         |     |       | X   |
| Dor relacionada (a) incisão cirúrgica (b) imobilidade.                                                  |                                                                                | -     |     | Anotar volume e aspecto das secreções traqueobrônquicas.                                                                                     |         |     |       | X   |
| Náusea relacionada (a) estado pós-cirúrgico-anestésico (b) alívio medicação.                            |                                                                                | -     |     | Observar as condições da pele em relação de placa de bítula e eletrodos com vistas a queimaduras.                                            |         |     |       | X   |
| Evolução de Enfermagem                                                                                  | Relatório de Enfermagem                                                        |       |     |                                                                                                                                              |         |     |       |     |
| Paciente em estado de consciência                                                                       | Fazer controle de dor proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito. |       |     |                                                                                                                                              |         |     |       |     |
| Paciente em estado de consciência                                                                       | Manter os irrativos oculares com gases com drenos.                             |       |     |                                                                                                                                              |         |     |       |     |
| Paciente em estado de consciência                                                                       | Manter níveis dos líquidos elevados.                                           |       |     |                                                                                                                                              |         |     |       |     |
| Paciente em estado de consciência                                                                       | Preparar paciente para alta da C.C.                                            |       |     |                                                                                                                                              |         |     |       |     |
| Paciente em estado de consciência                                                                       | Instrumento elaborado pelos Enfermeiros da COOPENURE - AM/2008                 |       |     |                                                                                                                                              |         |     |       |     |

07 MAR. 2019

07 MAR. 2019

01

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                    |                                                              | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |        | HCR        |         |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------|------------|---------|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                 |                                                              |                                      |        |            |         |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                  |                                                              | DIH                                  | 13/jun | DN         |         |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                          | DINELSON DAS CHAGAS SILVA                                    |                                      |        |            |         |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                       | FX EXPOSTA TIBIA                                             |                                      |        |            |         |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                          |                                                              |                                      |        |            |         |
| IDADE                                                                                                                                                                                                             | HAS                                                          | SIM                                  | DM2    | NEGA       |         |
| ITEM                                                                                                                                                                                                              | LEITO                                                        | 1                                    | DATA   | 17/06/2018 |         |
| PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                        |                                                              |                                      |        | HORÁRIO    |         |
| 1                                                                                                                                                                                                                 | DIETA ORAL LIVRE                                             |                                      |        |            |         |
| 3                                                                                                                                                                                                                 | CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H                                     |                                      |        |            | SN      |
| 4                                                                                                                                                                                                                 | TILATIL 40MG EV 1X/DIA                                       |                                      |        |            | 02      |
| 5                                                                                                                                                                                                                 | DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                      |                                      |        |            | SN      |
| 6                                                                                                                                                                                                                 | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA |                                      |        |            | SN      |
| 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                                            |                                      |        |            | SN      |
| 12                                                                                                                                                                                                                | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG            |                                      |        |            | Retorno |
| 14                                                                                                                                                                                                                | SF 0,9% 500ML 1XDIA EV                                       |                                      |        |            | SN      |
| 15                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                      |        |            | 2.20    |
| 16                                                                                                                                                                                                                |                                                              |                                      |        |            |         |
| 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:**

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA



| SINAIS VITAIS | PA      | P  | T      |
|---------------|---------|----|--------|
| 6 H           | 85x50   | 88 | 35.5°C |
| 12 H          | 117x81  | 97 | 36°C   |
| 18 H          | 144x100 | 88 | 36.4°C |
| 24 H          | 120x70  | 86 | 35.9°C |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

17/06/18 Paciente orientado e medicado epi.  
afundo sem a acção venosa estabilizada  
Oziel Oueda  
Técnico de enfermagem  
CRM-RR 437.427 TE

07 MAR. 2019

1-01

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                                |                                                                          | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |          | HGR         |  |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|----------|-------------|--|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                             |                                                                          |                                      |          |             |  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                              |                                                                          | DIH                                  |          | DN          |  |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                                      | Dimilson dos Chagas Silva                                                |                                      |          |             |  |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                                   | Fr. exp. fêmur                                                           |                                      |          |             |  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                                      | HAS                                                                      | NEGA                                 | DM2      | NEGA        |  |
| IDADE                                                                                                                                                                                                                         | LEITO                                                                    | DATA                                 | 12/06/18 |             |  |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                          | PRESCRIÇÃO                                                               |                                      |          | HORÁRIO     |  |
| 1                                                                                                                                                                                                                             | DIETA ORAL LIVRE                                                         |                                      |          | SND         |  |
| 2                                                                                                                                                                                                                             | AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia                                                |                                      |          | I           |  |
| 3                                                                                                                                                                                                                             | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                    |                                      |          | 07 08:14:20 |  |
| 4                                                                                                                                                                                                                             | TILATIL 20mg 12/12hs                                                     |                                      |          | 06 18:06    |  |
| 5                                                                                                                                                                                                                             | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N                                                  |                                      |          | 07 0        |  |
| 6                                                                                                                                                                                                                             | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gts) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA |                                      |          | 07 06:35    |  |
| 7                                                                                                                                                                                                                             | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                               |                                      |          | 07 06:35    |  |
| 8                                                                                                                                                                                                                             | RANITIDINA 50MG EV 8/8HS                                                 |                                      |          | 07 06:35    |  |
| 9                                                                                                                                                                                                                             | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                              |                                      |          | 07 06:35    |  |
| 10                                                                                                                                                                                                                            | SSVV + CCGG 6/6 H                                                        |                                      |          | 07 06:35    |  |
| 12                                                                                                                                                                                                                            | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG                      |                                      |          | 07 06:35    |  |
| 14                                                                                                                                                                                                                            | CURATIVO DIÁRIO                                                          |                                      |          | 07 06:35    |  |
| 15                                                                                                                                                                                                                            |                                                                          |                                      |          |             |  |
| 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 50%<br/>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |                                                                          |                                      |          |             |  |

Dr. Leonardo Rahelo  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/R 1716

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

Ao bloco para programação cirúrgica

|               |        |    |       |       |
|---------------|--------|----|-------|-------|
|               | PA     | FC | FR    | T     |
| SINAIS VITAIS |        |    |       |       |
| 6 H           | 100x60 | 85 | 36.7° | 03x   |
| 12 H          | 117x81 | 97 | 36    | 36.7° |
| 18 H          |        |    |       |       |
| 24 H          |        |    |       |       |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

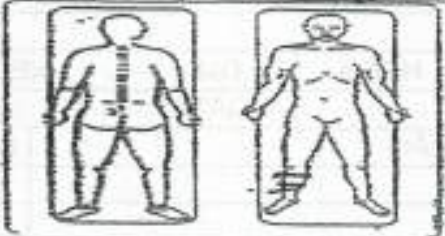
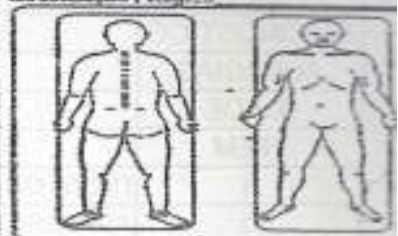
D=C-3  
E=C-3

07 MAR. 2019

### EVOLUÇÃO MÉDICA:

### Ao bloco para programação cirúrgica

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

|  <b>Comissão de Curativo - HCB</b>                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                              | <b>Atualizada: Janeiro / 2015</b><br><b>ENF/LEITO: 01</b>                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                     |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Nome:</b> <u>Ednelson dos Chagas Silva</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                     |
| <b>DATA:</b> <u>17/06/18</u><br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                             | <b>Localização / Região:</b> <u>MTO</u><br> | <b>DATA:</b><br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                                             | <b>Localização / Região:</b><br> |
| <b>Etiologia:</b><br><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: |                                                                                                                              | <b>Etiologia:</b><br><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: |                                                                                                                     |
| <b>Tamanho da Ferida:</b><br>Comprimento: <u>      </u> cm    Largura: <u>      </u> cm<br>Profundidade: <u>      </u> cm                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                              | <b>Tamanho da Ferida:</b><br>Comprimento: <u>      </u> cm    Largura: <u>      </u> cm<br>Profundidade: <u>      </u> cm                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                     |
| <b>Aparência do Leito:</b><br><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                 |                                                                                                                              | <b>Aparência do Leito:</b><br><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara                                                                                                                      |                                                                                                                     |
| <b>Quantidade de Exsudato:</b><br><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                               |                                                                                                                              | <b>Quantidade de Exsudato:</b><br><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                               |                                                                                                                     |
| <b>Tipos de exsudato:</b><br><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Pútrido<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo                                                             |                                                                                                                              | <b>Tipos de exsudato:</b><br><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo                                                                                              |                                                                                                                     |
| <b>Do:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                              | <b>Do:</b> <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                     |
| <b>Odor:</b><br><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                                                                                                      |                                                                                                                              | <b>Odor:</b><br><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                                                                                                      |                                                                                                                     |
| <b>Condição da pele Periférica:</b><br><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:                                                                |                                                                                                                              | <b>Condição da pele Periférica:</b><br><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:                                                                |                                                                                                                     |
| <b>Solução para limpeza:</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outra:                                                                                                                   |                                                                                                                              | <b>Solução para limpeza:</b><br><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outra:                                                                                                                   |                                                                                                                     |
| <b>Cobertura primária (Contato direto no leito):</b><br><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"/> Outra:                                      |                                                                                                                              | <b>Cobertura primária (Contato direto no leito):</b><br><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"/> Outra:                                      |                                                                                                                     |
| <b>Horário curativo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                              | <b>Horário curativo:</b> <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                     |
| <b>Data da Próxima troca:</b><br><u>Diário</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                     |
| <b>Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem:</b><br>01- <u>Lizandra Trindade Sampaio</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN/RR 492.866-AE                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                              | <b>Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem:</b><br>02- <u>Berenice Santo Carlos</u><br>Téc. de Enfermagem<br>COREN/RR 387.172                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                     |
| <b>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                              |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                                                     |
| <b>OBS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                              | <b>OBS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                     |

Obs: Documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvaTex, Soluções Programadas.  
Os pacientes com 02 ou mais feridas, estas devem ser evoluídas separadamente.

07 MAR. 2019

07 MAR. 2019

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

GOVERNO DO ESTADO DO RORAIMA  
Hospital Geral do Roraima

HGR

DATA DE ADMISSÃO: DIH 13/jun DN

PACIENTE: DINELSON DAS CHAGAS SILVA

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA TIBIA

ALERGIAS: HAS SIM DM2 NEGA

IDADE: LEITO 1 DATA 18/06/2018

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

|    |                                                                 |  |
|----|-----------------------------------------------------------------|--|
| 1  | DIETA ORAL LIVRE                                                |  |
| 3  | CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H                                        |  |
| 4  | TILATIL 40MG EV 1X/DIA                                          |  |
| 5  | DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                         |  |
| 6  | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA    |  |
| 7  | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                      |  |
| 8  | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N                                     |  |
| 9  | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                     |  |
| 10 | SSVV + CCGG 6/6 H                                               |  |
| 12 | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG               |  |
| 14 | SF 0,9% 500ML 1XDIA EV                                          |  |
| 15 |                                                                 |  |
| 16 |                                                                 |  |
| 17 |                                                                 |  |
| 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 DL/ML, GLICOSE 50% |  |
|    | 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA                                   |  |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

12:00 paciente relatou  
a dor de os no pé  
realizado a 10m 05 cpm  
paciente segue aos cuidados  
equipe de Clínica G.

14:20h paciente com fratura  
distal de MTD com  
fratura, sem pinos na  
maneira de fratura  
avertida de

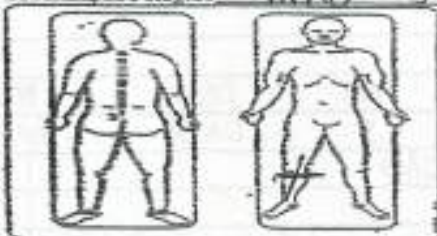
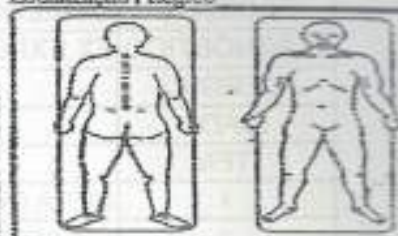
| SINAIS VITAIS | PA     | FC | T      | FR |
|---------------|--------|----|--------|----|
| 6 H           | 130x78 | 78 | 36.2°C |    |
| 12 H          | 140x86 | 77 | 36.5°C |    |
| 18 H          | 140x90 | 76 | 36.6°C | 19 |
| 24 H          | 149x83 | 73 | 37.1°C | 16 |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

17:30hs - Realizado procedimento de gotejamento SSVV,  
adm. med. epm. Segue aos cuidados de enfermagem

18:00h - Paciente retornou no bloco de fratura SSVV sem nenhuma intervenção  
18:00h - Adm. med. epm. segue aos cuidados de enfermagem

Yara H. A. Bastos  
Téc. de Enfermagem  
COREN-RR 1.247.762-JE

|                                                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                 | Comissão de Curativo - HCR                                                                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                        | Atualizada: Janeiro / 2015<br><b>ENF/LEITO: 01</b>                                                                  |  |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|
| <b>Nome:</b> <u>Danielson das Chagas Silva</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                        |                                                                                                                     |  |
| <b>DATA:</b> <u>18.06.18</u><br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input checked="" type="checkbox"/> <b>GRAU - E</b> <u>6</u>                                                                                                                                                                                                          | <b>Localização / Região:</b> <u>M.I.D.</u><br> |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>DATA:</b><br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - E | <b>Localização / Região:</b><br> |  |
| <b>Etiologia:</b><br><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input checked="" type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: <u>Pino</u> |                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> oncológica <input type="checkbox"/> cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> outra: |                                                                                        |                                                                                                                     |  |
| <b>Tamanho da Ferida:</b><br>Comprimento: _____ cm    Largura: <u>11</u> cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                                 | Comprimento: _____ cm    Largura: _____ cm<br>Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                        |                                                                                                                     |  |
| <b>Aparência do Leito:</b><br><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <u>11</u><br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara                                                                                                                               |                                                                                        |                                                                                                                     |  |
| <b>Quantidade de Exsudato:</b><br><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input checked="" type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                           |                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                            |                                                                                        |                                                                                                                     |  |
| <b>Tipo de exsudato:</b><br><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo                                                                                                            |                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo                                                                                                       |                                                                                        |                                                                                                                     |  |
| <b>Dor:</b><br><input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                        |                                                                                                                     |  |
| <b>Odor:</b><br><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                                                                                                                  |                                                                                                                                 | <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                                                                                                 |                                                                                        |                                                                                                                     |  |
| <b>Condição da pele Perilesional:</b><br><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                                                                           |                                                                                                                                 | <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                                                                                   |                                                                                        |                                                                                                                     |  |
| <b>Solução para limpeza:</b><br><input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                    |                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                              |                                                                                        |                                                                                                                     |  |
| <b>Cobertura primária (Contato direto na lesão):</b><br><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"/> Outros:                                                 |                                                                                                                                 | <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"/> Outros:                                                                        |                                                                                        |                                                                                                                     |  |
| <b>Hora do curativo:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                                 | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                        |                                                                                                                     |  |
| <b>Data da Próxima troca:</b><br><u>19.06.18</u><br>Em caso de + de 24hs                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                        |                                                                                                                     |  |
| <b>Carimbo e Assinatura do Enfermeiro:</b><br>01- <u>Maria de Fátima N. Viana</u><br>Auxiliar de Enfermagem<br>COREN-RR 418.709                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                                 | 02- <u>Desar Soares Costa</u><br>Técnico de Enfermagem<br>COREN-RR 599.290                                                                                                                                                                                                                     |                                                                                        |                                                                                                                     |  |
| <b>OBS:</b>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                | <b>OBS:</b>                                                                            |                                                                                                                     |  |

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

07 MAR 2019

07 MAR. 2019

01

|                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                     |         |
|-----------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|-------------------------------------------------------------------------------------|---------|
|  |  | <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b>                                                                                                                                                                                         |  |  |         |
|                                                                                   |  | <b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b>                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                     |         |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                          |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                     |         |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                  |  | DIH                                                                                                                                                                                                                           |  | 13/jun                                                                              |         |
| PACIENTE                                                                          |  | DINELSON DAS CHAGAS SILVA                                                                                                                                                                                                     |  |                                                                                     |         |
| DIAGNÓSTICO                                                                       |  | FX EXPOSTA TIBIA                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                     |         |
| ALERGIAS                                                                          |  | HAS                                                                                                                                                                                                                           |  | SIM                                                                                 |         |
| IDADE                                                                             |  | LEITO                                                                                                                                                                                                                         |  | 1                                                                                   |         |
| ITEM                                                                              |  | PRESCRIÇÃO                                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                     | HORÁRIO |
| 1                                                                                 |  | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                              |  |                                                                                     | SMD     |
| 3                                                                                 |  | CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H                                                                                                                                                                                                      |  |                                                                                     | 24      |
| 4                                                                                 |  | TILATIL 40MG EV 1X/DIA                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                     | 19      |
| 5                                                                                 |  | DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                                                                                                                                                                                       |  |                                                                                     |         |
| 6                                                                                 |  | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                                                                                                                                                  |  |                                                                                     |         |
| 7                                                                                 |  | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                                                                                                                                                    |  |                                                                                     |         |
| 8                                                                                 |  | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N                                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                     |         |
| 9                                                                                 |  | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                                                                                                                                                   |  |                                                                                     |         |
| 10                                                                                |  | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                             |  |                                                                                     |         |
| 12                                                                                |  | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG                                                                                                                                                                             |  |                                                                                     |         |
| 14                                                                                |  | SF 0,9% 500ML 1XDIA EV                                                                                                                                                                                                        |  |                                                                                     |         |
| 15                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                     |         |
| 16                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                     |         |
| 17                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                     |         |
| 18                                                                                |  | <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 50%<br/>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |  |                                                                                     |         |
| 19                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                     |         |
| 20                                                                                |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                     |         |
|                                                                                   |  |                                                                                                                                                                                                                               |  |                                                                                     |         |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

O BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

**NIR**

Regulado  
para leito

PA 103.3

Regulação Interna

At 14:00h paciente no  
leito, sem febre, no  
estado de consciência  
Blaço (A) +  
Bivulso

| SINAIS VITAIS | PA     | FC | T     | D | S |
|---------------|--------|----|-------|---|---|
| 6 H           | 110x60 | 76 | 36.7° |   |   |
| 12 H          | 109x72 | 70 | 36.5° | + | + |
| 18 H          | 150/90 | 70 | 36.0° | + | + |
| 24 H          |        |    |       |   |   |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Admissão no leito  
Verificação os sinais vitais  
dos membros da extremidade.

Alcione Campos Aires  
Téc. Enfermagem  
COREN-RR 120155-TE

ENE/LEITO: 0.1

07 MAR. 2019

07 MAR. 2019

01

| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                                      |                                                              | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |        | HCR  |                            |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------|------|----------------------------|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                                   |                                                              |                                      |        |      |                            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                                    |                                                              | DIH                                  | 13/jun | DN   |                            |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                            | DINELSON DAS CHAGAS SILVA                                    |                                      |        |      |                            |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                         | FX EXPOSTA TIBIA                                             |                                      |        |      |                            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                            |                                                              | HAS                                  | SIM    | DM2  | NEGA                       |
| IDADE                                                                                                                                                                                                               |                                                              | LEITO                                | 1      | DATA | 20/06/2018                 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                                | PRESCRIÇÃO                                                   |                                      |        |      | HORÁRIO                    |
| 1                                                                                                                                                                                                                   | DIETA ORAL LIVRE                                             |                                      |        |      | SM                         |
| 3                                                                                                                                                                                                                   | CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H                                     |                                      |        |      | 12 13 14 15 16 17 18 19 20 |
| 4                                                                                                                                                                                                                   | TILATIL 40MG EV 1X/DIA                                       |                                      |        |      | 15                         |
| 5                                                                                                                                                                                                                   | DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                      |                                      |        |      |                            |
| 6                                                                                                                                                                                                                   | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA |                                      |        |      |                            |
| 7                                                                                                                                                                                                                   | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                   |                                      |        |      |                            |
| 8                                                                                                                                                                                                                   | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N                                  |                                      |        |      | 5                          |
| 9                                                                                                                                                                                                                   | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                  |                                      |        |      |                            |
| 10                                                                                                                                                                                                                  | SSVV + CCGG 6/6 H                                            |                                      |        |      |                            |
| 12                                                                                                                                                                                                                  | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG            |                                      |        |      |                            |
| 14                                                                                                                                                                                                                  | SF 0,9% 500ML 1XDIA EV                                       |                                      |        |      | 20                         |
| 15                                                                                                                                                                                                                  |                                                              |                                      |        |      |                            |
| 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 50%<br>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                              |                                      |        |      |                            |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA



Assim como parente no  
leito sempre que  
nada mais for feito +  
outros...

| SINAIS VITAIS | PA     | FC | TEMP   | RESP. |
|---------------|--------|----|--------|-------|
| 6 H           |        |    |        |       |
| 12 H          | 147/94 | 67 | 36,5°C | 19    |
| 18 H          | 137/89 | 64 | 36,3°C |       |
| 24 H          | 150/90 | 64 | 36,1°C |       |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

Verse

06:00h - 14:00h - 18:00h - 22:00h  
11:00h - Paciente segue em repouso no leito sem  
queixa até o momento. Rec. Enf. D. M. S.

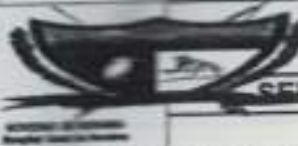
| Comissão de Curativo - HCR                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Atualizada: Janeiro / 2015                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
|-----------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| ENF/LEITO:                                    |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Fevereiro 2013                                |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Nome: <u>Danielson das Chagas Silva</u>       |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            |                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| DATA: <u>20.06.18</u>                         | Localização / Região: <u>NA 7.0</u>                                                                                                                                                                                                                                                                        | DATA:                                         | Localização / Região:                                                                                                                                                                                                                                                                           |
| <input type="checkbox"/> GRAU - I             |                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> GRAU - I             |                                                                                                                                                                                                              |
| <input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II |                                                                                                                                                                                                                           | <input type="checkbox"/> GRAU - II            |                                                                                                                                                                                                              |
| Etiologia:                                    | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: | Etiologia:                                    | <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: |
| Tamanho da Ferida:                            | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                                             | Tamanho da Ferida:                            | Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm                                                                                                                                                                                                                                  |
| Aparência do Leito:                           | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                              | Aparência do Leito:                           | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                   |
| Característica da Exsudato:                   | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante                                                                                                                                           | Característica da Exsudato:                   | <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <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 <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso-grudento                                                                                                           | Tipo de exsudato:                             | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso-grudento                                                                                                           |
| Dor:                                          | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                       | Dor:                                          | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                            |
| Odor:                                         | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                     | Odor:                                         | <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor                                                                                          |
| Condição da pele Periférica:                  | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Púrpura <input type="checkbox"/> Outras                                                                                       | Condição da pele Periférica:                  | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Púrpura <input type="checkbox"/> Outras                                                                                       |
| Solução para limpeza:                         | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                       | Solução para limpeza:                         | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                  |
| Cobertura primária (Colado direto na ferida): | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                | Cobertura primária (Colado direto na ferida): | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                |
| Hora do curativo:                             | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                   | Hora do curativo:                             | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                   |
| Data do Próximo troca:                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Data do Próximo troca:                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| Em caso de + de 24hs                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Em caso de + de 24hs                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| 01- <u>Cesar Soares Costa</u>                 | 02- <u>Camilleide da S. Leite</u>                                                                                                                                                                                                                                                                          | 01- <u>Cesar Soares Costa</u>                 | 02- <u>Camilleide da S. Leite</u>                                                                                                                                                                                                                                                               |
| Coordenador e Assinatura do Enfermeiro        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | Coordenador e Assinatura do Enfermeiro        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |
| OBS:                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                            | OBS:                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |

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

07 MAR. 2019

07 MAR. 2019

01

|                                                                                  |                                                                                                      |                                      |        |                                                                                     |             |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------|--------|-------------------------------------------------------------------------------------|-------------|
|  |                                                                                                      | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA       |        |  |             |
|                                                                                  |                                                                                                      | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA |        |                                                                                     |             |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                |                                                                                                      |                                      |        |                                                                                     |             |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                 |                                                                                                      | DIH                                  | 17/jun | dr                                                                                  | leonardo    |
| PACIENTE                                                                         | DINELSON DAS CHAGAS SILVA                                                                            |                                      |        |                                                                                     |             |
| DIAGNÓSTICO                                                                      | FX EXPOSTA TIBIA d                                                                                   |                                      |        |                                                                                     |             |
| ALERGIAS                                                                         | HAS                                                                                                  | SIM                                  | DM2    | NEGA                                                                                |             |
| IDADE                                                                            | 26                                                                                                   | LEITO                                | 1      | DATA                                                                                | 21/06/2018  |
| ITEM                                                                             | PRESCRIÇÃO                                                                                           |                                      |        |                                                                                     | HORÁRIO     |
| 1                                                                                | DIETA ORAL LIVRE                                                                                     |                                      |        |                                                                                     | SN          |
| 3                                                                                | CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H                                                                             |                                      |        |                                                                                     | 15 18 21 06 |
| 4                                                                                | TILATIL 40MG EV 1X/DIA                                                                               |                                      |        |                                                                                     | 18 SN       |
| 5                                                                                | DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                                                              |                                      |        |                                                                                     | SN          |
| 6                                                                                | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                         |                                      |        |                                                                                     | SN          |
| 7                                                                                | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                           |                                      |        |                                                                                     |             |
| 8                                                                                | RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N                                                                          |                                      |        |                                                                                     |             |
| 9                                                                                | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                          |                                      |        |                                                                                     | SN          |
| 10                                                                               | SSVV + CCGG 6/6 H                                                                                    |                                      |        |                                                                                     |             |
| 12                                                                               | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG                                                    |                                      |        |                                                                                     |             |
| 14                                                                               | CLINDAMICINA 600MG EV; 6/6 HORAS                                                                     |                                      |        |                                                                                     | 14 20 08    |
| 15                                                                               |                                                                                                      |                                      |        |                                                                                     |             |
| 16                                                                               |                                                                                                      |                                      |        |                                                                                     |             |
| 17                                                                               |                                                                                                      |                                      |        |                                                                                     |             |
| 18                                                                               | <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b>                                              |                                      |        |                                                                                     |             |
| 19                                                                               | <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b>                                   |                                      |        |                                                                                     |             |
| 20                                                                               | <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |                                      |        |                                                                                     |             |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

1. Paciente orientado. Sem queixas algicas. Realizar  
2. medicações de horário e SSVV. Seguir as ordens  
da equipe.

Raiana Silva Barros  
Técnica em Enfermagem  
COREN-RR 001.023.123 TE

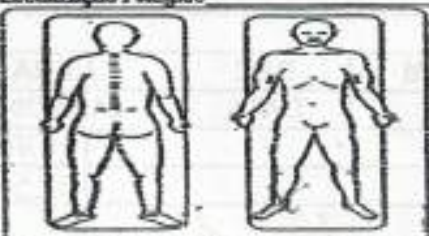
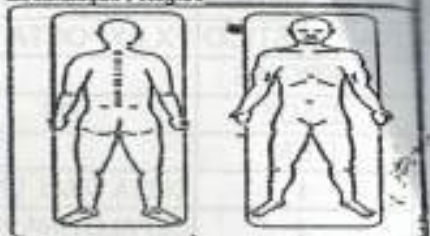
| SINAIS VITAIS | PA     | FE | FR | T    |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H           | 111x72 | 65 |    | 35.7 |
| 12 H          | 130x81 | 67 | 20 | 36.2 |
| 18 H          | 121x91 | 69 |    | 36.2 |
| 24 H          | 114x87 | 72 |    | 37.1 |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

18:00 Paciente no leito e sem  
dores no período, segue a  
ordem da enfermagem.

Téc. Diogenes

Raiana Costa Barros  
Técnica em Enfermagem  
COREN-RR 001.023.123 TE

|                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               | Acompanhamento de Feridas<br>Comissão de Curativo - HGR |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    | Protocolo nº 1   Versão: 06<br>Atualizada: Janeiro / 2015<br>ENF/LEITO:                                     |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------|
| Nome: <u>Danielson das Chagas Silva</u> <u>01</u>                                                               |                                                                                                                                                                                                                                                                                                               |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |            |
| DATA: <u>21.06.18</u><br><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I x 2<br><input type="checkbox"/> GRAU - II | Localização / Região<br>                                                                                                                                                                                                     |                                                         | DATA: <u>21.06.18</u><br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input type="checkbox"/> GRAU - II                                                                                                                                                                                                   | Localização / Região<br> |            |
| 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: |                                                         | <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: |                                                                                                             |            |
| Tam. da Ferida:                                                                                                 | Comprimento: <u>  </u> cm    Largura: <u>  </u> cm<br>Profundidade: <u>  </u> cm                                                                                                                                                                                                                              |                                                         | Comprimento: <u>  </u> cm    Largura: <u>  </u> cm<br>Profundidade: <u>  </u> cm                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                             |            |
| Aparência do Leito:                                                                                             | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input checked="" type="checkbox"/> com escabeço<br><input type="checkbox"/> Tecido necrótico                                                                                                                                                                   |                                                         | <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escabeço<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                                                                                                                                           |                                                         | <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 type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo                                                                                                                     |                                                         | <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serosossanguíneo                                                                                                          |                                                                                                             |            |
| Dor:                                                                                                            | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não                                                                                                                                                                                                                                          |                                                         | <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" 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 type="checkbox"/> Sem 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 type="checkbox"/> Sem odor                                                                                                     |                                                                                                             |            |
| Condição da pele Periférica:                                                                                    | <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Purido <input type="checkbox"/> Outras                                                                                        |                                                         | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor<br><input type="checkbox"/> Purido <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:                                                                                                                       |                                                         | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                  |                                                                                                             |            |
| Cobertura primária (Colado 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:                                                                             |                                                         | <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 checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                      |                                                         | <input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                             |            |
| Data da Próxima troca:                                                                                          | <u>Diário</u>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                         |                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                             |            |
| Enfermagem                                                                                                      | 01- <u>Carla Soares Costa</u><br>Técnica em Enfermagem<br>COREN-RR 599-290                                                                                                                                                                                                                                    |                                                         | 02- <u>Claudette da S. Leite</u><br>Aux. de Enfermagem<br>COREN-RR 507-143-AE                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                             | 01-<br>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.

07 MAR. 2019

07 MAR. 2019

01



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA  
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

|                  |                                                                                                                                                                                                                      |                              |      |             |          |
|------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------|------|-------------|----------|
| DATA DE ADMISSÃO |                                                                                                                                                                                                                      | DIH                          |      | DN          |          |
| PACIENTE         |                                                                                                                                                                                                                      | FELIXSON, ALYSSA J. S. N. P. |      |             |          |
| DIAGNÓSTICO      |                                                                                                                                                                                                                      | Fratura exposta fêmur da     |      |             |          |
| ALERGIAS         |                                                                                                                                                                                                                      | HAS                          | NEGA | DM2         | NEGA     |
| IDADE            |                                                                                                                                                                                                                      | LEITO                        |      | DATA        | 27/06/18 |
| ITEM             |                                                                                                                                                                                                                      | PRESCRIÇÃO                   |      |             | HORÁRIO  |
| 1                | DIETA ORAL LIVRE                                                                                                                                                                                                     |                              |      | S/D         |          |
| 2                | AVP: SF 0.9% 500ml 1X/dia                                                                                                                                                                                            |                              |      | (15) 15:00h |          |
| 3                | CEFALOTINA 1G EV 6/6H                                                                                                                                                                                                |                              |      | S/D         |          |
| 4                | TILATIL 20mg 12/12hs                                                                                                                                                                                                 |                              |      | S/D         |          |
| 5                | DIPIRONA 2ML EV 6/6 S/N                                                                                                                                                                                              |                              |      | S/D         |          |
| 6                | TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ml EV OU 01cp(20gis) VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                                                                                                                             |                              |      | S/D         |          |
| 7                | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                                                                                                                                                                                           |                              |      | S/D         |          |
| 8                | PANTIDINA 50MG EV 8/8HS                                                                                                                                                                                              |                              |      | S/D         |          |
| 9                | SIMETICONA GOTAS 30 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)                                                                                                                                                                          |                              |      | S/D         |          |
| 10               | SSV + CCGG 6/6 H                                                                                                                                                                                                     |                              |      | S/D         |          |
| 12               | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG                                                                                                                                                                  |                              |      | S/D         |          |
| 14               | CURATIVO DIÁRIO                                                                                                                                                                                                      |                              |      | S/D         |          |
| 15               | Insulina Humana 600 U (E) 6/6 hs                                                                                                                                                                                     |                              |      | (12) 12:00h |          |
| 16               | Ceftriaxona 1g IV 12/12hs                                                                                                                                                                                            |                              |      | (10) 10:00h |          |
| 17               | Furosemida 40 mg IV 1x/dia                                                                                                                                                                                           |                              |      | 16:00h      |          |
| 18               |                                                                                                                                                                                                                      |                              |      |             |          |
| 19               |                                                                                                                                                                                                                      |                              |      |             |          |
| 20               | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),<br>CONFEYON E SQUIMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 5UI,<br>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%<br>40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                              |      |             |          |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Ao bloco para programação cirúrgica

12:00 medicações rodadas pois não tem equipe no setor, paciente segue sem queixas as cuidados da equipe de enfermagem.

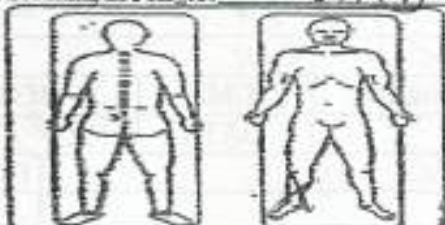
A 15:15h paciente na enfermaria, sem febre, no monitoramento, sem sinais vitais alterados.

Mônica V. M. Andrade  
Enfermeira / ESPESP  
RORAIMA

Dr. Pablo C. Echevarrena Jr.  
Médico

CRM RR 1800  
MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

| SINAIS VITAIS | PA     | FC | T      |
|---------------|--------|----|--------|
| 6 H           | 110x80 | 78 | 36,3°C |
| 12 H          | 110x80 | 73 | 35,9°C |
| 18 H          | 142x95 | 67 | 36,3°C |
| 24 H          | 120x70 | 80 | 36,0°C |

|  <p>Comissão de Curativo - HGR</p>                                                                                                                                                                                                                            |                                                                                                                             | <p>Atualizada: Janeiro / 2015</p> <p><b>ENE/LEITO:</b></p>                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                  |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <p>Nome: <u>Danielson das chagas Silva OL</u></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                             |                                                                                                                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                  |
| <p>DATA: <u>22.06.18</u></p> <p><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU - II</p>                                                                                                                                                                                                                    | <p>Localização / Região: <u>M.T.D</u></p>  | <p>DATA:</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU - I</p> <p><input type="checkbox"/> GRAU - II</p>                                                                                                                                                                                                              | <p>Localização / Região:</p>  |
| <p>Etiologia: <input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input checked="" type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____</p> |                                                                                                                             | <p><input type="checkbox"/> Pressão I - II - III - IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outra: _____</p> |                                                                                                                  |
| <p>Tamanho da Ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm</p>                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                             | <p>Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm</p>                                                                                                                                                                                                                                        |                                                                                                                  |
| <p>Aparência do Leito: <input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico</p>                                                                                                                                                                                      |                                                                                                                             | <p><input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com esfacelo <input type="checkbox"/> Tecido necrótico</p>                                                                                                                                                                         |                                                                                                                  |
| <p>Q. da Exsudato: <input checked="" type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p>                                                                                                                                            |                                                                                                                             | <p><input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido, pouco <input type="checkbox"/> úmido, moderado <input type="checkbox"/> molhado, abundante</p>                                                                                                                                      |                                                                                                                  |
| <p>Tipo de exsudato: <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo</p>                                                                                                                                |                                                                                                                             | <p><input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo</p>                                                                                                                 |                                                                                                                  |
| <p>Do: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>                                                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                                             | <p><input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                  |
| <p>Odor: <input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor</p>                                                                                                                                      |                                                                                                                             | <p><input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor</p>                                                                                                           |                                                                                                                  |
| <p>Condição da pele Periférica: <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____</p>                                                                               |                                                                                                                             | <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras: _____</p>                                                                                      |                                                                                                                  |
| <p>Solução para limpeza: <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>                                                                                                                       |                                                                                                                             | <p><input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>                                                                                                                                  |                                                                                                                  |
| <p>Cobertura primária (Contato direto ao leito): <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>                                                        |                                                                                                                             | <p><input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Outro: _____</p>                                                                                |                                                                                                                  |
| <p>Hora do curativo: <input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde</p>                                                                                                                                                                                                                                             |                                                                                                                             | <p><input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde</p>                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                                  |
| <p>Data da Próxima troca: _____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                           |                                                                                                                             | <p>_____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  |
| <p>Em caso de + de 24hs: <u>Diário</u></p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                    |                                                                                                                             | <p>_____</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                  |
| <p>Carimbo e Assinatura do Terapeuta:</p> <p>01- <u>Maria de Fátima N. Viana</u><br/>Auxiliar de Enfermagem<br/>CPF: 446.706</p>                                                                                                                                                                                                              |                                                                                                                             | <p>02- <u>Claudia de S. Leite</u><br/>Aux. de Enfermagem<br/>CPF: 446.706</p>                                                                                                                                                                                                                                |                                                                                                                  |
| <p>OBS:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                   |                                                                                                                             | <p>OBS:</p>                                                                                                                                                                                                                                                                                                  |                                                                                                                  |

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e ConvTec. Solitário Program.  
Os pacientes com 02 em mais leitos, estes devem ser evoluídos separadamente.

07 MAR. 2019

120-05 01

|                                                                                                                                                                        |                                                                                                      |                                                                                     |                      |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------------------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------|----------------------|
|  <b>SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA</b><br><b>SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA</b> |                                                                                                      |  |                      |
| <b>PRESCRIÇÃO MÉDICA</b>                                                                                                                                               |                                                                                                      |                                                                                     |                      |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                       |                                                                                                      | DIH                                                                                 | 17/jun               |
| PACIENTE                                                                                                                                                               |                                                                                                      | dr leonardo                                                                         |                      |
| DINELSON DAS CHAGAS SILVA                                                                                                                                              |                                                                                                      |                                                                                     |                      |
| DIAGNÓSTICO                                                                                                                                                            |                                                                                                      | FX EXPOSTA TIBIA d                                                                  |                      |
| ALERGIAS                                                                                                                                                               | HAS                                                                                                  | SIM                                                                                 | DM2                  |
| NEGA                                                                                                                                                                   |                                                                                                      |                                                                                     |                      |
| IDADE                                                                                                                                                                  | 26                                                                                                   | LEITO                                                                               | 1                    |
| DATA                                                                                                                                                                   | 23/06/2018                                                                                           |                                                                                     |                      |
| ITEM                                                                                                                                                                   | PRESCRIÇÃO                                                                                           |                                                                                     | HORÁRIO              |
| 1                                                                                                                                                                      | DIETA ORAL LIVRE                                                                                     |                                                                                     | SND                  |
| 3                                                                                                                                                                      | CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H                                                                             |                                                                                     | <del>18-24 OFF</del> |
| 4                                                                                                                                                                      | TILATIL 40MG EV 1X/DIA                                                                               |                                                                                     | <del>18-24 OFF</del> |
| 5                                                                                                                                                                      | DIPIRONA 1G EV 6/6H S/N                                                                              |                                                                                     | SN                   |
| 6                                                                                                                                                                      | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA                                         |                                                                                     | SN                   |
| 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                                                                                    |                                                                                     | Retina               |
| 12                                                                                                                                                                     | CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS> 160 E/OU PAD> 110 MMMHG                                                    |                                                                                     | SN                   |
| 14                                                                                                                                                                     | CLINDAMICINA 600MG EV; 6/6 HORAS                                                                     |                                                                                     | <del>18-24 OFF</del> |
| 15                                                                                                                                                                     |                                                                                                      |                                                                                     |                      |
| 16                                                                                                                                                                     |                                                                                                      |                                                                                     |                      |
| 17                                                                                                                                                                     |                                                                                                      |                                                                                     |                      |
| 18                                                                                                                                                                     | <b>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),</b>                                              |                                                                                     |                      |
| 19                                                                                                                                                                     | <b>CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;</b>                                   |                                                                                     |                      |
| 20                                                                                                                                                                     | <b>351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA</b> |                                                                                     |                      |

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

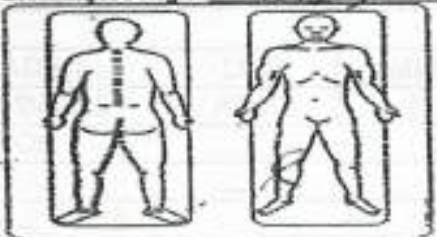
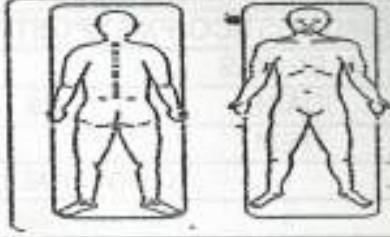
AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA



| SINAIS VITAIS |        |    |        |
|---------------|--------|----|--------|
| 6 H           | 110x60 | 85 | 36.5°C |
| 12 H          | 155x39 | 68 | 36.5°C |
| 18 H          | 130x95 | 71 | 35.9°C |
| 24 H          | 140x80 | 74 | 36.5°C |

MÉDICO RESIDENTE EM  
ORTOPEDIA E  
TRAUMATOLOGIA.

07 MAR. 2019

|  Acompanhamento das Feridas<br>Comissão de Curativo - HGR |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 | Protocolo nº 1   Versão: 06   Atualizada: Janeiro / 2015<br>ENF/LEITO: 120-S                                                                                                                                                                                                                                         |                                                                                                              |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| Nome: <u>Danielson das Chagas Silva</u>                                                                                                   |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                              |
| DATA: <u>24.06.18</u><br><input type="checkbox"/> GRAU - I<br><input checked="" type="checkbox"/> GRAU - II                               | Localização / Região: <u>MSD</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 checked="" type="checkbox"/> Venosa<br><input type="checkbox"/> Arterial<br><input type="checkbox"/> Diabética<br><input type="checkbox"/> neuropática<br><input 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"/> neuropática<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 type="checkbox"/> seco, mínimo<br><input type="checkbox"/> úmido, pouco<br><input checked="" 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 type="checkbox"/> Seroso<br><input type="checkbox"/> Fibrinoso<br><input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento<br><input type="checkbox"/> Serosossanguíneo                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Seroso<br><input type="checkbox"/> Fibrinoso<br><input type="checkbox"/> Sanguinolento<br><input type="checkbox"/> Purulento<br><input type="checkbox"/> Serosossanguíneo                                                                                                                   |                                                                                                              |
| Dor:                                                                                                                                      | <input checked="" type="checkbox"/> Sim<br><input 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 Perilesional:                                                                                                            | <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 type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                              | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 4%<br><input type="checkbox"/> Clorexidina 1%<br><input type="checkbox"/> Outro:                                                                                                                                              |                                                                                                              |
| Cobertura primária (Contato direto na lesão)                                                                                              | <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"/> Outro:                                                                                                 | <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"/> Outro:                                                                                      |                                                                                                              |
| Hora do curativo:                                                                                                                         | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã<br><input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                                     | <input checked="" type="checkbox"/> Manhã<br><input type="checkbox"/> Tarde                                                                                                                                                                                                                                          |                                                                                                              |
| Data da Próxima troca:<br>Em caso de + de 24hs                                                                                            |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                              |
| Carimbo e ass. Têcn. Enfermagem                                                                                                           | 01-                                                                                                                                                                                                                                          | 01-                                                                                                                                                                                                                               | 02-                                                                                                          |
| Carimbo e Assinatura do Enfermeiro                                                                                                        |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                              |
| OBS:                                                                                                                                      |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                 |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                      |                                                                                                              |

07 MAR. 2019

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                  |                                                          |       |       |            |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------|-------|------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                             |                                                          |       |       |            |                                                                               |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                       |                                                          |       |       |            |                                                                               |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                          |                                                          |       |       |            |                                                                               |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                          | DIH   | DN    | 05/06/1977 |                                                                               |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                   | DINELSON DAS CHAGAS SILVA                                |       |       |            |                                                                               |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                  | FX EXPOSTA DE TIBIA                                      |       |       |            |                                                                               |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   | NEGA                                                     | HAS   | NÃO   | DM2        | NÃO                                                                           |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      | 26                                                       | LEITO | 120-5 | DATA       | 25/06/2018                                                                    |
| ITEM                                                                                                                                                                                                       |                                                          |       |       |            | HORÁRIO                                                                       |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                         |       |       |            | 5 N/D                                                                         |
| 2                                                                                                                                                                                                          | AVP                                                      |       |       |            | Manter                                                                        |
| 4                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                          |       |       |            | SN                                                                            |
| 5                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS                               |       |       |            | 17 18 24 06                                                                   |
| 6                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT |       |       |            | SN                                                                            |
| 7                                                                                                                                                                                                          | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                               |       |       |            |                                                                               |
| 8                                                                                                                                                                                                          | OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM                       |       |       |            |                                                                               |
| 9                                                                                                                                                                                                          | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |       |       |            | SN                                                                            |
| 10                                                                                                                                                                                                         | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)              |       |       |            |                                                                               |
| 11                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                          |       |       |            | Puxadura                                                                      |
| 12                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                        |       |       |            | Retina                                                                        |
| 13                                                                                                                                                                                                         | Clindamicina 600mg ev 8/8h                               |       |       |            | 11-27-18                                                                      |
| 14                                                                                                                                                                                                         | ciprofloxacina 400mg 12/12 EV                            |       |       |            | 12 24                                                                         |
| 16                                                                                                                                                                                                         |                                                          |       |       |            |                                                                               |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:                                                                                                                                                                                           |                                                          |       |       |            |                                                                               |
| paciente informou no dia 11/06 que era diabetico, solicitado AV da clinica médica                                                                                                                          |                                                          |       |       |            |                                                                               |
| SINAIS V                                                                                                                                                                                                   | PA                                                       | FC    | FR    | TEMP       | MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>MARCOS AGUIAR<br>CRM 1995-RR |
| 6 H                                                                                                                                                                                                        | 138/82                                                   | 60    | -     | 36,2       |                                                                               |
| 12 H                                                                                                                                                                                                       | 137/79                                                   | 65    | 19    | 36,5       |                                                                               |
| 18 H                                                                                                                                                                                                       | 118/73                                                   | 64    | -     | 36,2       |                                                                               |
| 24 H                                                                                                                                                                                                       | 128/86                                                   | 64    | -     | 36,4       |                                                                               |

16. Administrado medicamentos de rotina e Verificado 6500.

16. Administrada medicação prescrita para o paciente  
segue aos cuidados

Francimar Brito Araújo  
COREN-RR 426317-AE

07 MAR. 2019



| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                  |                                                          |       |       |      |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------|-------|------|-------------------------------------------------------------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                             |                                                          |       |       |      |                                                                               |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                       |                                                          |       |       |      |                                                                               |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                          |                                                          |       |       |      |                                                                               |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                          | DIH   | DN    |      |                                                                               |
| PACIENTE DINELSON DAS CHAGAS SILVA                                                                                                                                                                         |                                                          |       |       |      |                                                                               |
| AGNÓSTICO FX EXPOSTA DE TIBIA                                                                                                                                                                              |                                                          |       |       |      |                                                                               |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   | NEGA                                                     | HAS   | NÃO   | DM2  | NÃO                                                                           |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      | 26                                                       | LEITO | 120-5 | DATA | 26/06/2018                                                                    |
| ITEM                                                                                                                                                                                                       |                                                          |       |       |      | HORÁRIO                                                                       |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                         |       |       |      | SND                                                                           |
| 2                                                                                                                                                                                                          | AVP                                                      |       |       |      | Manten                                                                        |
| 4                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                          |       |       |      | S/N                                                                           |
| 5                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS                               |       |       |      | 12:00                                                                         |
| 6                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT |       |       |      | S/N                                                                           |
| 7                                                                                                                                                                                                          | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                               |       |       |      |                                                                               |
| 8                                                                                                                                                                                                          | OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM                       |       |       |      |                                                                               |
| 9                                                                                                                                                                                                          | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |       |       |      | S/N                                                                           |
| 10                                                                                                                                                                                                         | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)              |       |       |      |                                                                               |
| 11                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                          |       |       |      | Curativo                                                                      |
| 12                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                        |       |       |      | Relina                                                                        |
| 13                                                                                                                                                                                                         | Clindamicina 600mg ev 6/6H                               |       |       |      | 12:00                                                                         |
| 14                                                                                                                                                                                                         | ciprofloxacina 400mg 12/12 EV                            |       |       |      | 12:00                                                                         |
| 16                                                                                                                                                                                                         |                                                          |       |       |      |                                                                               |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:                                                                                                                                                                                           |                                                          |       |       |      |                                                                               |
| paciente informou no dia 11/06 que era diabetico, solicitado AV da clinica médica                                                                                                                          |                                                          |       |       |      |                                                                               |
| SINAIS V                                                                                                                                                                                                   | PA                                                       | FC    | FR    | TEMP | MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>MARCO AGUIAR<br>CRM 1995-III |
| 6 H                                                                                                                                                                                                        | 120x80                                                   | 66    |       |      |                                                                               |
| 12 H                                                                                                                                                                                                       | 140x90                                                   | 65    |       | 36.9 |                                                                               |
| 18 H                                                                                                                                                                                                       | 140x90                                                   | 70    |       | 35.9 |                                                                               |
| 24 H                                                                                                                                                                                                       | 100x60                                                   | 62    |       | 36.0 |                                                                               |

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bmq. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto. Tel (95) 3121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
27 SET 2018  
Certifico e dou fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

15:00h, Am medicacoe mantida, sintomato sinu  
tais, sobre os sinais de enfim de  
18h paciente no 2u trauma, de todo  
sinais vitais, Realizado curativos cirur  
AGUARDANDO NOTAS  
Atencao SSVV + ADM VEDICLOGOS  
E.P.M. - R.G. TO TROCA DO A.V.P.  
SE OCORRER O SGCLE O PROTO

Edmar de Almeida Moraes  
Téc. de Enfermagem  
COPEN-RR 907.572

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                  |                                                          |              |              |             |                                                                               |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------|--------------|-------------|-------------------------------------------------------------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                             |                                                          |              |              |             |                                                                               |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                       |                                                          |              |              |             |                                                                               |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                          |                                                          |              |              |             |                                                                               |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                          | DIH          |              | DN          |                                                                               |
| PACIENTE <b>DINELSON DAS CHAGAS SILVA</b>                                                                                                                                                                  |                                                          |              |              |             |                                                                               |
| AGNÓSTICO <b>FX EXPOSTA DE TIBIA</b>                                                                                                                                                                       |                                                          |              |              |             |                                                                               |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   | <b>NEGA</b>                                              | <b>HAS</b>   | <b>NÃO</b>   | <b>DM2</b>  | <b>NÃO</b>                                                                    |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      | <b>26</b>                                                | <b>LEITO</b> | <b>120-5</b> | <b>DATA</b> | <b>27/06/2018</b>                                                             |
| ITEM                                                                                                                                                                                                       |                                                          |              |              |             | HORÁRIO                                                                       |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                         |              |              |             | S/N                                                                           |
| 2                                                                                                                                                                                                          | AVP                                                      |              |              |             | Manhã                                                                         |
| 4                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                          |              |              |             | S/N                                                                           |
| 5                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS                               |              |              |             | 12h 18-24h                                                                    |
| 6                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT |              |              |             | S/N                                                                           |
| 7                                                                                                                                                                                                          | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                               |              |              |             |                                                                               |
| 8                                                                                                                                                                                                          | OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM                       |              |              |             | 16h                                                                           |
| 9                                                                                                                                                                                                          | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |              |              |             | S/N                                                                           |
| 10                                                                                                                                                                                                         | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)              |              |              |             |                                                                               |
| 11                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                          |              |              |             | Curativo                                                                      |
| 12                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                        |              |              |             | 12h                                                                           |
| 13                                                                                                                                                                                                         | Clindamicina 600mg ev 6/6H                               |              |              |             | 12h 24h                                                                       |
| 14                                                                                                                                                                                                         | ciprofloxacina 400mg 12/12 EV                            |              |              |             | 12h 24h                                                                       |
| 16                                                                                                                                                                                                         |                                                          |              |              |             |                                                                               |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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>                                                                                                                                                                                    |                                                          |              |              |             |                                                                               |
| paciente informou no dia 11/06 que era diabetico, solicitado AV da clinica médica                                                                                                                          |                                                          |              |              |             |                                                                               |
| SINAIS V                                                                                                                                                                                                   | PA                                                       | FC           | FR           | TEMP        | MÉDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA<br>MARCOS AGUIAR<br>CRM 1995 RR |
| 6 H                                                                                                                                                                                                        | 120x80                                                   | 91           |              | 36.3        |                                                                               |
| 12 H                                                                                                                                                                                                       | 126x89                                                   | 63           | 18           | 35.2        |                                                                               |
| 18 H                                                                                                                                                                                                       | 140x90                                                   | 80           | 21           | 36.0        |                                                                               |
| 24 H                                                                                                                                                                                                       | 130x90                                                   | 86           |              | 36.1        |                                                                               |

12h, fendo SSVV, adm. a med. com...

|                                            |                              |
|--------------------------------------------|------------------------------|
| EQUIPE DE CURATIVO HGR - EVOLUÇÃO CURATIVO |                              |
| Data: 27.06/18                             | Grav do curativo: ( ) (X) II |
| Local: M.S.D.                              | Etiologia: F.O.              |
| Aspecto do leito da ferida:                | pus/sangue                   |
| Material utilizado no curativo:            | oxigeno                      |
| Observações:                               |                              |
| Técnicos:                                  | Graciela + Jucilene Gomes    |

06hs: Sem seringa para diluir e administrar etc  
(8) Aguiar enciclos

07 MAR. 2019

Zidelmar C. de Souza  
Auxiliar de Enfermagem  
CRM 482299

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                 |                                                          |       |       |       |            |
|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------|-------|-------|------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                            |                                                          |       |       |       |            |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                      |                                                          |       |       |       |            |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                         |                                                          |       |       |       |            |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                          |                                                          | DIH   | DN    |       |            |
| PACIENTE                                                                                                                                                                                                  | DINELSON DAS CHAGAS SILVA                                |       |       |       |            |
| AGNÓSTICO                                                                                                                                                                                                 | FX EXPOSTA DE TIBIA                                      |       |       |       |            |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                  | NEGA                                                     | HAS   | NÃO   | DM2   | NÃO        |
| IDADE                                                                                                                                                                                                     | 26                                                       | LEITO | 120-5 | DATA  | 28/06/2018 |
| ITEM                                                                                                                                                                                                      |                                                          |       |       |       | HORÁRIO    |
| 1                                                                                                                                                                                                         | DIETA ORAL LIVRE                                         |       |       |       | S/N        |
| 2                                                                                                                                                                                                         | AVP                                                      |       |       |       | Mombr      |
| 4                                                                                                                                                                                                         | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                          |       |       |       | S/N        |
| 5                                                                                                                                                                                                         | DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS                               |       |       |       | 12 24 06   |
| 6                                                                                                                                                                                                         | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT |       |       |       | S/N        |
| 7                                                                                                                                                                                                         | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                               |       |       |       |            |
| 8                                                                                                                                                                                                         | OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM                       |       |       |       | 06         |
| 9                                                                                                                                                                                                         | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |       |       |       | S/N        |
| 10                                                                                                                                                                                                        | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)              |       |       |       |            |
| 11                                                                                                                                                                                                        | CURATIVO DIÁRIO                                          |       |       |       | Curativo   |
| 12                                                                                                                                                                                                        | SSVV + CCGG 6/6 H                                        |       |       |       | Nutrição   |
| 13                                                                                                                                                                                                        | Clindamicina 600mg ev 6/6H                               |       |       |       | 12 24 06   |
| 14                                                                                                                                                                                                        | ciprofloxacina 400mg 12/12 EV                            |       |       |       | 12 24      |
| 16                                                                                                                                                                                                        |                                                          |       |       |       |            |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DLML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA |                                                          |       |       |       |            |
| EVOLUÇÃO MÉDICA:                                                                                                                                                                                          |                                                          |       |       |       |            |
| paciente informou no dia 11/06 que era diabetico, solicitado AV da clinica médica                                                                                                                         |                                                          |       |       |       |            |
| SINAIS V                                                                                                                                                                                                  | PA                                                       | FC    | FR    | TEMP  |            |
| 6 H                                                                                                                                                                                                       | 130x85                                                   | 73    |       | 35.80 |            |
| 12 H                                                                                                                                                                                                      | 120x60                                                   | 69    | 20    | 36°C  |            |
| 18 H                                                                                                                                                                                                      |                                                          |       |       |       |            |
| 24 H                                                                                                                                                                                                      | 136x77                                                   | 68    |       | 35.90 |            |

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brig. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto - Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
27 SET 2018  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA  
E TRAUMATOLOGIA  
MARCOS AGUIAR  
CRM 1595-RR

12h - Paciente está em atendimento SSVV e adm. m.c.p.m.  
Nada mais a relatar.

Tarde - Paciente está em  
at. m.c.p.m. + SSVV

Roslyne J. Delmon  
Téc. em Enfermagem  
COREN-RR 88550

Plantão das 19.00h as 7h Paciente foi Puncionada  
Adm. m.c.p.m. Atendido SSVV

Resina de Jesus P. da Silva  
COREN-RR 427810-AE

07 MAR. 2019

Obs: documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e CoavaTec, Solutions Programs. Os pacientes com 82 ou mais anos, estas devem ser evoluídas separadamente.

37

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                  |                                                          |       |       |      |                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|-------|-------|------|----------------------------------------------------------------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                             |                                                          |       |       |      |                                                                                  |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                       |                                                          |       |       |      |                                                                                  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                          |                                                          |       |       |      |                                                                                  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                          | DIH   | DN    |      |                                                                                  |
| PACIENTE DINELSON DAS CHAGAS SILVA                                                                                                                                                                         |                                                          |       |       |      |                                                                                  |
| AGNÓSTICO FX EXPOSTA DE TIBIA                                                                                                                                                                              |                                                          |       |       |      |                                                                                  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   | NEGA                                                     | HAS   | NÃO   | DM2  | NÃO                                                                              |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      | 26                                                       | LEITO | 120-5 | DATA | 29/06/2018                                                                       |
| ÍTEM                                                                                                                                                                                                       |                                                          |       |       |      | HORÁRIO                                                                          |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                         |       |       |      | S.N.                                                                             |
| 2                                                                                                                                                                                                          | AVP                                                      |       |       |      | manhã                                                                            |
| 4                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                          |       |       |      | S.N.                                                                             |
| 5                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS                               |       |       |      | 12 15 24 26                                                                      |
| 6                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT |       |       |      | S.N.                                                                             |
| 7                                                                                                                                                                                                          | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                               |       |       |      | S.N.                                                                             |
| 8                                                                                                                                                                                                          | OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM                       |       |       |      | 08                                                                               |
| 9                                                                                                                                                                                                          | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |       |       |      | Atenção                                                                          |
| 10                                                                                                                                                                                                         | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)              |       |       |      | S.N.                                                                             |
| 11                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                          |       |       |      | 20.00                                                                            |
| 12                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                        |       |       |      | 20.00                                                                            |
| 13                                                                                                                                                                                                         | Clindamicina 600mg ev 6/6H                               |       |       |      | 08 20                                                                            |
| 14                                                                                                                                                                                                         | ciprofloxacina 400mg 12/12 EV                            |       |       |      | 12 24                                                                            |
| 16                                                                                                                                                                                                         |                                                          |       |       |      |                                                                                  |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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:                                                                                                                                                                                           |                                                          |       |       |      |                                                                                  |
| paciente informou no dia 11/06 que era diabetico, solicitado AV da clinica médica                                                                                                                          |                                                          |       |       |      |                                                                                  |
| SINAIS V                                                                                                                                                                                                   | PA                                                       | FC    | FR    | TEMP | MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA<br>E TRAUMATOLOGIA<br>MARCOS AGUIAR<br>CRM 1995-RR |
| 6 H                                                                                                                                                                                                        | 140x90                                                   | 92    |       | 36.1 |                                                                                  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                       | 119x75                                                   | 67    |       | 35.8 |                                                                                  |
|                                                                                                                                                                                                            | 120x78                                                   | 86    |       | 36.4 |                                                                                  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                       | 111x73                                                   |       |       | 36.3 |                                                                                  |

18h PLATA DIVANO, PAT SGGV  
ORIENTADO E SEM OUTRA  
Isaquieli Lima Silva  
Técnico de Enfermagem  
COREN-RR 676.694-TE

15.30h Administrando medicamento de pm. Não foi possível  
o acesso venoso, pois não tem espessura po  
/ Realizar procedimento

07 MAR. 2019

|                                                                                                         |                     |                                                                       |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------|---------------------|-----------------------------------------------------------------------|
|  Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde | <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          |                                    |
| 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 DO 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 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO                                                       |  |
| 21 - CID 10 PRINCIPAL                                                               |  |
| 22 - CID 10 SECUNDÁRIO                                                              |  |
| 23 - CID 10 CAUSAS ASSOCIADAS                                                       |  |



|                                                        |                                                                    |
|--------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------------------|
| PROCEDIMENTO SOLICITADO                                |                                                                    |
| 24 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO              | 25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO                                        |
| 26 - CLÍNICA                                           | 27 - CNAE DA INTERNAÇÃO                                            |
| 28 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE / ASSISTENTE     | 29 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE |
| 30 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                               | 31 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO)             |
| 32 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |                                                                    |
| 33 - ACIDENTE DE TRABALHO                              |                                                                    |
| 34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO                       |                                                                    |
| 35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO                      |                                                                    |
| 36 - CNAE DA SEGURADORA                                |                                                                    |
| 37 - Nº DO BILHETE                                     |                                                                    |
| 38 - SÉRIE                                             |                                                                    |
| 39 - CNPJ EMPRESA                                      |                                                                    |
| 40 - CNAE DA EMPRESA                                   |                                                                    |
| 41 - CBOR                                              |                                                                    |
| 42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA                         |                                                                    |
| 43 - NOME DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR                  |                                                                    |
| 44 - Cód. Órgão Emissor                                |                                                                    |
| 45 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR        |                                                                    |

|                                                         |                                                        |
|---------------------------------------------------------|--------------------------------------------------------|
| AUTORIZAÇÃO                                             |                                                        |
| 46 - DATA DA AUTORIZAÇÃO                                | 47 - ASSINATURA E CARIMBO (Nº DO REGISTRO DO CONSELHO) |
| 48 - Nº DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR | 49 - Nº DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR        |

07 MAR. 2019

30.6

0408050500 → 5822  
0408050497 → 5822  
0408060352 → 5822



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

BOLETIM OPERATÓRIO

BOLETIM OPERATÓRIO

Data: 20/06/18 os. \_\_\_\_\_

Diagnóstico das Climas

silva

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: fratura torçao + fratura de clavícula esquerda  
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: osteossintese torçao e fratura de clavícula esquerda  
TIPO DE INTERVENÇÃO: aberto e fechado  
MEDICAÇÕES E ACIDENTES: \_\_\_\_\_  
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO: \_\_\_\_\_

CIRURGIÃO: Dr. Roraima 1º AUXILIAR: Dr. Roraima  
2º AUXILIAR: Dr. Roraima R2 INSTRUMENTADORA: \_\_\_\_\_  
3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_ ANESTESIA: \_\_\_\_\_  
ANESTESISTAS: Dr. Roraima Roraima ANESTÉSICO: \_\_\_\_\_  
INÍCIO: \_\_\_\_\_ FIM: \_\_\_\_\_



RELATÓRIO CIRURGICO

- ① Anestesia + torçao + fratura de clavícula esquerda
- ② Causa por estresse + fratura de clavícula esquerda
- ③ Anestesia + fratura de clavícula esquerda + fratura de clavícula esquerda
- ④ Causa por estresse + fratura de clavícula esquerda
- ⑤ Anestesia + fratura de clavícula esquerda + fratura de clavícula esquerda
- ⑥ Causa por estresse + fratura de clavícula esquerda
- ⑦ Anestesia + fratura de clavícula esquerda + fratura de clavícula esquerda
- ⑧ Causa por estresse + fratura de clavícula esquerda
- ⑨ Anestesia + fratura de clavícula esquerda + fratura de clavícula esquerda

**Dr. Bruno F. Santos**  
Ortopedia e Traumatologia  
Título de Especialista  
SBOT: TEOT 10488  
RQE 503 / CRM 1047

07 MAR 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

Secretaria de Saúde

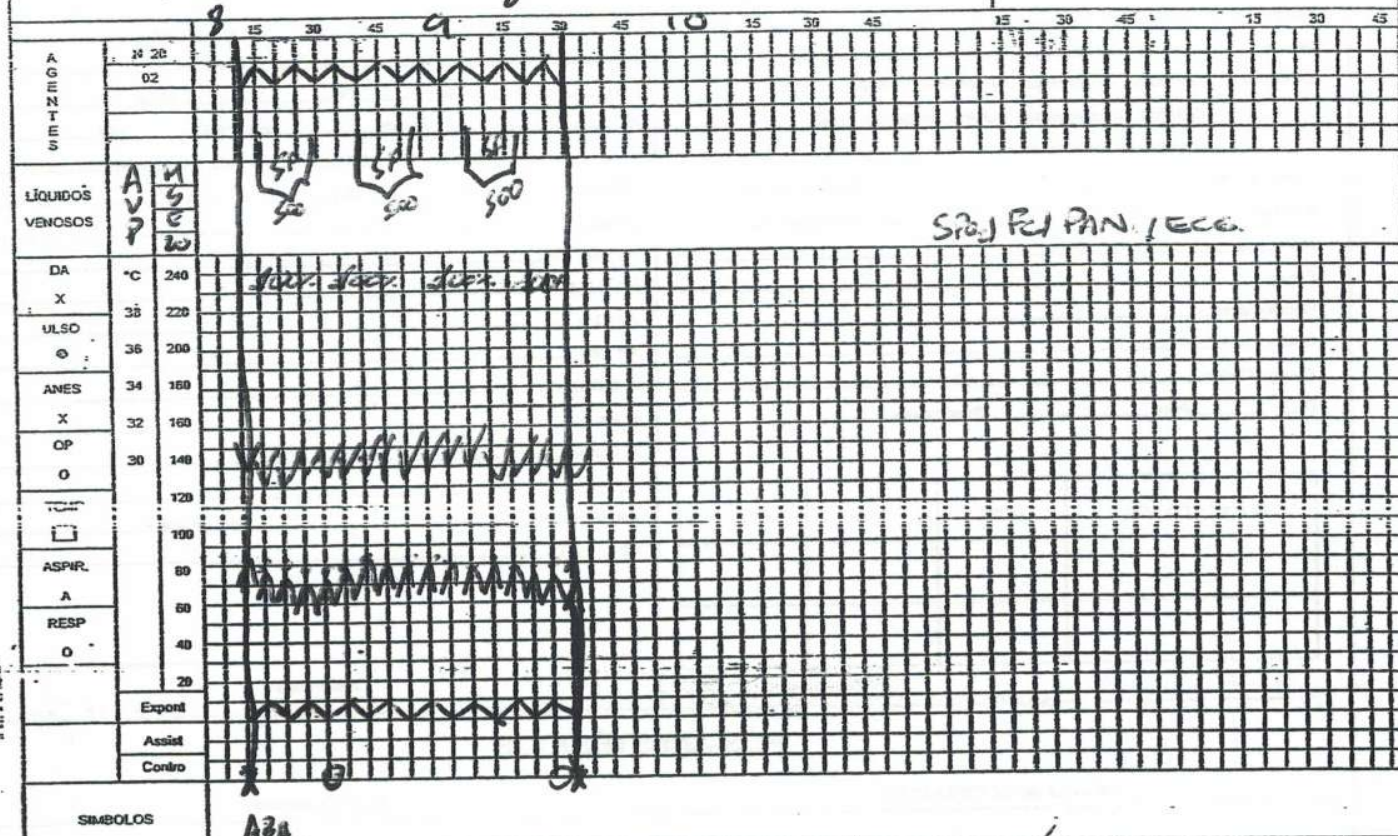
# FICHA DE ANESTESIA

Danielson dos Chagas Filho - 26 anos.

PRÉ-MEDICAÇÃO - DROGA - DOSE - HORA - EFEITO

Fentanil 100mcg + M. de Jola 57

Bom Visto  
30/06/18



| AGENTES         | DOSES                                      | TÉCNICA                        |
|-----------------|--------------------------------------------|--------------------------------|
| Bupivacaína     | 15mg                                       | Aguiar anestesia               |
| Fentanil        | 5mcg                                       | combar hiperbarica             |
| Clotidine       | 2f                                         | medicacao simples              |
| Tenoxicam       | 40mg                                       | sub vet.                       |
| Dexmedetomidina | 4mg                                        | apto-torax                     |
| Diprione        | 2f                                         |                                |
| GLICOSE         | LÍQUIDOS                                   | Cânula - Naso / Oro Faringes   |
| HDOD            |                                            | Naso / Orotracheal - Cego      |
| SANGUE          |                                            | Bal - Tamp - Colares do Tubo   |
|                 |                                            | Sob Mescara                    |
|                 |                                            | Dificuldade Técnica: não houve |
| TOTAL           |                                            | TEMPO DE ANESTESIA             |
| OPERAÇÃO        | Osteosíntese tornozelo e Chafiz tibial     |                                |
| ANESTESIA       | Dra Ana Paula / Marcos DE. Bruno / Pehicle |                                |

- ANOTAÇÕES
- \* Mon. torçao + Obs. Apra
  - 1) Pré-anestesia 02 100%
  - 2) Anestesia ag. tor-bar
  - 3) Rinsco subconjunctival
  - 4) Injeção subconjunctival de bupivacaína 15mg + fentanil 5mcg
  - 5) Clotidine 2f iv
  - 6) Tenoxicam 40mg
  - 7) Diprione 2f
  - 8) Dexmedetomidina 4mg
  - 9) Dextrose 50%
  - 10) Ao DPA

Dra. Ana Paula Thomé  
Médica Anestesiologista  
CRM/RR 1408

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N  
Novo Planalto Tel (95) 2121-0620  
AUTENTICAÇÃO  
27 SET. 2018  
Certifico e Dou Fé que a presente  
cópia é fiel Reprodução Original  
que foi apresentado neste Hospital

07 MAR. 2019



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAUDE

26 anos

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

|                             |              |                  |          |
|-----------------------------|--------------|------------------|----------|
| NOME DO PACIENTE            | APT OU LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA     |
| DELNELEN DOS CARVALOS SILVA |              |                  | 30/09/18 |

| CIRURGIA                            |                  |       |             |
|-------------------------------------|------------------|-------|-------------|
| TIPO                                | TEMPO DE DURAÇÃO |       |             |
|                                     | INICIO           | FIM   | TEMPO TOTAL |
| Revisão de sutura de ferida - Torax | 08:20            | 09:30 |             |

| EQUIPE MÉDICA |                 |                                   |  |
|---------------|-----------------|-----------------------------------|--|
| CIRURGIÃO     | ANESTESISTA:    | Ana Paula                         |  |
| 1º AUXILIAR   | RES. ANESTESIA: | Machado                           |  |
| 2º AUXILIAR   | INSTRUMENTADOR  |                                   |  |
|               | CIRCULANTE      | Gilberto - Schmitt - Elizangela M |  |

| Tª DE ANESTESIA: |                             |       | TEMPO DE DURAÇÃO: |                              |                    |
|------------------|-----------------------------|-------|-------------------|------------------------------|--------------------|
| QUANT.           | MATERIAIS                   | VALOR | QUANT             | MEDICAMENTOS                 | VALOR              |
| 1                | PCTS COMPRESSAS C/ 03 UNID. |       | 1                 | FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO    | 500ml              |
| 10               | PACOTES GAZE                |       |                   | FRASCOS- SORO RINGER LACTADO |                    |
|                  | LUVA ESTERIL 7.0            |       |                   | FRASCOS- SORO GLICOSADO      |                    |
| 5                | LUVA ESTERIL 7.5            |       |                   | FIO VICRYLNº                 |                    |
|                  | LUVA ESTERIL 8.0            |       | 1                 | FIO MONONYLON Nº 2.0         |                    |
|                  | LUVA ESTERIL 8.5            |       |                   | FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº    |                    |
| 10               | LUVAS P/PROCEDIMENTOS       |       |                   | FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº    |                    |
|                  | LÂMINA BISTURINº 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                |       | 1                 | CERA P/ OSSO                 | agulha p/ raque 2  |
| 1                | SERINGA 05 ML               |       | 1                 | KIT CATARATA                 | cladura 20 cm      |
| 1                | SERINGA 10ML                |       |                   | GEOPAM                       | topico + 100-100ml |
| 1                | SERINGA 20ML                |       |                   | FITA CARDIACA                | bleed + 100-100ml  |
| 1                | Elétrico                    |       |                   | OUTROS: Elétrico             | 100 ml             |

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

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA  
Av. Brg. Eduardo Gomes, S/N  
Nova Planalto - Tel (68) 2121-0620

27 SET 2018

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

07 MAR. 2019



GOVERNO DE RORAIMA  
"AMAZÔNIA PATRIMÔNIO DOS BRASILEIROS"

CAUTELA DA Ortopedia:

Tipo Cirurgia:

Osteossíntese de Tibia + RMS de Tornozelo

Data: 30/06/2018

Nº. DO PRONTUÁRIO: \_\_\_\_\_

Paciente: Danielson das Chagas Silva Idade 26 anos

Bloco: A Enfermaria 120 Leito: 5

Caixa: Peq - Fragmentos - Grandes Fragmentos Nº \_\_\_\_\_

Circulante: Elizangela - Gilberto - Jhonatan Sala V

Conferência Expurgo CME: \_\_\_\_\_

Material Utilizado:

pequenos  
Fragmentos

Placa = 1/3 de cano 5 furos

Parafuso cortical: 40 1

Parafuso espongoso: 16 L 18 1 20 1

medios  
fragmentos

Placa = 6 furos

Parafuso cortical = nº - 28 L 40 1 44 1

Parafuso espongoso = \_\_\_\_\_

Patrícia Rabelo-Jorge  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM/R 583.282-1  
Médico Responsável

1ª Via - PRONTUÁRIO DO PACIENTE

2ª Via - CME



07 MAR. 2019



SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM  
CENTRO CIRÚRGICO SRIA

| DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM                                                                              |  |  | PRÉ                     | TRANS | PÓS | PRESCRIÇÕES DE ENFERMAGEM                                                                                                                   |  |  | HORÁRIO | PRÉ | TRANS | PÓS |
|--------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|-------------------------|-------|-----|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|--|--|---------|-----|-------|-----|
| Anestesia relacionada (a) procedimentos transoperatório (b) procedimentos pós-operatórios              |  |  |                         | A     | B   | Avaliar preparo operatório                                                                                                                  |  |  |         | X   |       |     |
| Risco para infecção relacionada (a) intervenção cirúrgica (b) presença de cateter ou sonda             |  |  |                         |       | A   | Orientar paciente sobre o que durante a sua permanência no C.C.                                                                             |  |  |         | X   |       |     |
| Risco para aspiração relacionada (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade                             |  |  |                         |       |     | Encaminhar paciente para sala de cirurgia                                                                                                   |  |  |         | X   |       |     |
| Desequilíbrio hídrico relacionado (a) estado pós-anestésico (b) imobilidade                            |  |  |                         |       |     | Cuidar para que não esteja frio na recepção do paciente                                                                                     |  |  |         |     | X     |     |
| Padrão respiratório ineficaz relacionado (a) depressão do centro respiratório (b) relaxamento muscular |  |  |                         |       |     | Manter paciente coberto sem camisa                                                                                                          |  |  |         |     | X     |     |
| Risco para hipotermia relacionada (a) estado de anestesia cirúrgica (b) temperatura ambiental e idade  |  |  |                         |       |     | Instalar mantas e oximetria de pulso                                                                                                        |  |  |         |     | X     |     |
| Risco para trauma relacionado (a) estado anestésico (b) agitação (c) uso de bisturi elétrico           |  |  |                         |       | A/B | Auxiliar na colocação do paciente na posição cirúrgica                                                                                      |  |  |         |     | X     |     |
| Risco para traumatismo (a) pelo posicionamento no operatório                                           |  |  |                         | X     |     | Seguir rotina de instalação de cuidados com bisturi elétrico                                                                                |  |  |         |     | X     |     |
| Integridade da pele prejudicada (a) cirurgia (b) queimadura                                            |  |  |                         | A     |     | Registrar volume e apontar aspecto do dreno urinário de 1/1 hora                                                                            |  |  |         |     |       |     |
| Mobilidade física prejudicada relacionada a estado pós anestésico cirúrgico                            |  |  |                         |       |     | Controlar diurese frequentes nas primeiras horas de PCI                                                                                     |  |  |         |     |       |     |
| Retenção urinária relacionada (a) diminuição do tônus da bexiga pós anestésico                         |  |  |                         |       |     | Comunicar em se há aumento de sangramentos pós-incisões e cateteres                                                                         |  |  |         |     |       | X   |
| Incontinência intestinal relacionada (a) efeito da anestesia (b) não realização de enema               |  |  |                         |       |     | Verificar sinais vitais (T, PA, PC, PVC, FR, saturação e perfusão) de 15/15 min. 1h, 30/30 min 2h, 1/1 hora em diante.                      |  |  |         |     |       | X   |
| Mucosa oral alterada relacionada ao uso do tubo endotraqueal                                           |  |  |                         |       |     | Anotar e comunicar enfermagem alterações de padrão respiratório (apnéia, dispnéia, queda da saturação, alterações no nível de consciência). |  |  |         |     |       | X   |
| Dor relacionada (a) incisão cirúrgica (b) imobilidade                                                  |  |  |                         | A     |     | Anotar volume e aspecto das secreções traqueobrônquicas.                                                                                    |  |  |         |     |       |     |
| Náusea relacionada (a) estado pós-cirúrgico-anestésico (b) efeito medicado                             |  |  |                         |       | A/B | Observar as condições da pele em relação de placa de bisturi e eletrodos com vistas a queimaduras.                                          |  |  |         |     |       | X   |
| Evolução de Enfermagem                                                                                 |  |  | Relatório de Enfermagem |       |     | Fazer controle da dor, proporcionar relaxamento e mudanças de posição no leito.                                                             |  |  |         |     |       |     |
| Cuidados de enfermagem                                                                                 |  |  | Atenção pós-operatória  |       |     | Manter irrigações oculares com gases com drenos.                                                                                            |  |  |         |     |       |     |
| Cuidados de enfermagem                                                                                 |  |  | Atenção pós-operatória  |       |     | Manter fixações dos eletrodos elevadas.                                                                                                     |  |  |         |     |       |     |
| Cuidados de enfermagem                                                                                 |  |  | Atenção pós-operatória  |       |     | Preparar paciente para alta do C.C.                                                                                                         |  |  |         |     |       |     |

Aline J. S. Oliveira  
Enfermeira  
COREN-PE 526 532 54

07 MAR. 2019

ESTADO DE RORAIMA  
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

LISTA DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome Wendson das Chagas Silva  
Responsável Cirúrgico Dr. Manoel

Anestesiista Dr. Manoel Paulino

PAUSA CIRÚRGICA (Sala Operatória)

SAÍDA (Sala Pós Operatória)

ENTRADA (Sala Pré Anestésica)

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO:

( ) Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

- ( ) Identificação do paciente
- ( ) Sítio cirúrgico
- ( ) Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

( ) REVISÃO DO CIRURGIÃO:

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

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:

Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:

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

( ) A PROFIAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

( ) Sim, Qual: efeito Hora: 09:00

AS IMAGENS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS.

( ) Sim  
( ) Não se aplica

RISCO CIRÚRGICO  
( ) Aplica (X) Não se Aplica

SÍTIO DE INCISÃO  
(X) Sim ( ) Não se Aplica

VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUI

OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA  
(X) Não ( ) Sim, Qual:

VIA AÉREA DIFÍCIL/RISCO DE ASPIRAÇÃO  
(X) Não ( ) Sim, e equipamento/assistência disponível

RISCO DE PERDA SANGÜÍNEA > 500 ml  
(X) Não ( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento

Para fluidos  
( ) Sim, e acesso endovenoso adequado e planejamento

Dr. Ana Paula Lima  
Médica Anestesiologista  
CRM 561408

Assinatura

Data 30/06/18 Hora: 18:00

Cópia e Dou Fe que a presente que foi apresentada neste Hospital  
22 SET 2018

AUTENTICAÇÃO  
Novo Plano Tel (95) 2121-0620

Almeida J. S. Oliveira  
Enfermeira  
COREN-RR 576.557 ENF

Assinatura e Carimbo

PRESCRIÇÃO DIÁRIA

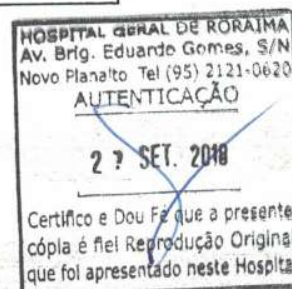
HOSPITAL GERAL DE BORDAS  
AV. EPIF. Eduardo Gomes, 5/4  
Novo Planalto Tel (65) 21 21-6626  
AUTENTICAÇÃO  
27 SET 2014

**Dr. Bruno F. Santos**  
Ortopedia e Traumatologia  
Título de Especialista  
SPOT: TEOT 40488  
SPOT: ICRM 1041  
RGE 808-1

Lucerneide A. Lima  
Téc. em Enfermagem

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                  |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------|--------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                             |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                       |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                          |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                          |              | DIH          |             | DN                                                                               |
| PACIENTE <b>DINELSON DAS CHAGAS SILVA</b>                                                                                                                                                                  |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| AGNÓSTICO <b>FX EXPOSTA DE TIBIA</b>                                                                                                                                                                       |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   | <b>NEGA</b>                                              | <b>HAS</b>   | <b>NÃO</b>   | <b>DM2</b>  | <b>NÃO</b>                                                                       |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      | <b>26</b>                                                | <b>LEITO</b> | <b>120-5</b> | <b>DATA</b> | <b>01/07/2018</b>                                                                |
| ÍTEM                                                                                                                                                                                                       |                                                          |              |              |             | HORÁRIO                                                                          |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                         |              |              |             | SW                                                                               |
| 2                                                                                                                                                                                                          | AVP                                                      |              |              |             |                                                                                  |
| 4                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                          |              |              |             | SW                                                                               |
| 5                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS                               |              |              |             | SW                                                                               |
| 6                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT |              |              |             | SW                                                                               |
| 7                                                                                                                                                                                                          | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                               |              |              |             | SW                                                                               |
| 8                                                                                                                                                                                                          | OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM                       |              |              |             | SW                                                                               |
| 9                                                                                                                                                                                                          | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |              |              |             | SW                                                                               |
| 10                                                                                                                                                                                                         | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)              |              |              |             | SW                                                                               |
| 11                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                          |              |              |             | SW                                                                               |
| 12                                                                                                                                                                                                         | SSV + CCGG 6/6 H                                         |              |              |             | SW                                                                               |
| 13                                                                                                                                                                                                         | Clindamicina 600mg ev 6/6H                               |              |              |             | SW                                                                               |
| 14                                                                                                                                                                                                         | ciprofloxacina 400mg 12/12 EV                            |              |              |             | SW                                                                               |
| 16                                                                                                                                                                                                         |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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>                                                                                                                                                                                    |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| paciente informou no dia 11/06 que era diabetico, solicitado AV da clinica médica                                                                                                                          |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| SINAIS V                                                                                                                                                                                                   | PA                                                       | FC           | FR           | TEMP        | MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA<br>E TRAUMATOLOGIA<br>MARCOS AGUIAR<br>CRM 1995-RR |
| 6 H                                                                                                                                                                                                        | 120/82                                                   | 68           |              | 36,2        |                                                                                  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                       |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                       | 126/85                                                   | 72           | -            |             |                                                                                  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                       | 120/80                                                   | 72           |              | 36          |                                                                                  |

11hs feito AVp gulco 18  
MS D. tcc do laboratório  
pac no leito aceitando medicações  
e horários cpm sem queixas segue  
os cuidados da Enf. tcc do laboratório  
realizado SSV por falta  
efet de funcionário realizado só uma  
13. tcc do laboratório



07 MAR. 2019

07 MAR. 2019

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA                                                                                                                                                                                  |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
|------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----------------------------------------------------------|--------------|--------------|-------------|----------------------------------------------------------------------------------|
| SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA                                                                                                                                                                             |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA                                                                                                                                                                       |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| PRESCRIÇÃO MÉDICA                                                                                                                                                                                          |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| DATA DE ADMISSÃO                                                                                                                                                                                           |                                                          | DIH          | DN           |             |                                                                                  |
| PACIENTE <b>DINELSON DAS CHAGAS SILVA</b>                                                                                                                                                                  |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| AGNÓSTICO <b>FX EXPOSTA DE TIBIA</b>                                                                                                                                                                       |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| ALERGIAS                                                                                                                                                                                                   | <b>NEGA</b>                                              | <b>HAS</b>   | <b>NÃO</b>   | <b>DM2</b>  | <b>NÃO</b>                                                                       |
| IDADE                                                                                                                                                                                                      | <b>26</b>                                                | <b>LEITO</b> | <b>120-5</b> | <b>DATA</b> | <b>02/07/2018</b>                                                                |
| ITEM                                                                                                                                                                                                       |                                                          |              |              |             | HORÁRIO                                                                          |
| 1                                                                                                                                                                                                          | DIETA ORAL LIVRE                                         |              |              |             | S/N                                                                              |
| 2                                                                                                                                                                                                          | AVP                                                      |              |              |             |                                                                                  |
| 4                                                                                                                                                                                                          | TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N                          |              |              |             | S/N                                                                              |
| 5                                                                                                                                                                                                          | DIPIRONA 01 G EV DE 6/6 HS                               |              |              |             | 18 24 06                                                                         |
| 6                                                                                                                                                                                                          | TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INT |              |              |             | S/N                                                                              |
| 7                                                                                                                                                                                                          | PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)                               |              |              |             |                                                                                  |
| 8                                                                                                                                                                                                          | OMEPRAZOL 40 MG EV 1X/DIA EM JEJUM                       |              |              |             | 96                                                                               |
| 9                                                                                                                                                                                                          | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG      |              |              |             | S/N                                                                              |
| 10                                                                                                                                                                                                         | SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)              |              |              |             |                                                                                  |
| 11                                                                                                                                                                                                         | CURATIVO DIÁRIO                                          |              |              |             | Curativo                                                                         |
| 12                                                                                                                                                                                                         | SSVV + CCGG 6/6 H                                        |              |              |             | Rotina                                                                           |
| 13                                                                                                                                                                                                         | Clindamicina 600mg ev 6/6H                               |              |              |             | 12 18 24 06                                                                      |
| 14                                                                                                                                                                                                         | ciprofloxacina 400mg 12/12 EV                            |              |              |             | 10 22                                                                            |
| 16                                                                                                                                                                                                         |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 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>                                                                                                                                                                                    |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| paciente informou no dia 11/06 que era diabetico, solicitado AV da clinica médica                                                                                                                          |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| SINAIS V                                                                                                                                                                                                   | PA                                                       | FC           | FR           | TEMP        | MEDICO RESIDENTE DE ORTOPEDIA<br>E TRAUMATOLOGIA<br>MARCOS AGUIAR<br>CRM 1995-RR |
| 6 H                                                                                                                                                                                                        |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| 12 H                                                                                                                                                                                                       | 140x79                                                   | 74           | 19           | 36.5        |                                                                                  |
| 18 H                                                                                                                                                                                                       |                                                          |              |              |             |                                                                                  |
| 24 H                                                                                                                                                                                                       |                                                          |              |              |             |                                                                                  |

26 Administrado medicamentos de hospital, exceto item 05, pois não tem material (Seringas 10ml e 20ml). Verificado EECV.

Geandria dos Santos Pereira  
Técnica de Farmácia  
COREN-RR 751.380-TEC

|                                                                                                             |
|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA<br>Av. Bríg. Eduardo Gomes, S/N<br>Novo Planalto Tel (95) 2121-0620               |
| <b>AUTENTICAÇÃO</b>                                                                                         |
| <b>27 SET. 2018</b>                                                                                         |
| Certifico e Dou Fé que a presente<br>cópia é fiel Reprodução Original<br>que foi apresentado neste Hospital |

07 MAR. 2019



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA



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

**RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS**

PACIENTE Danielson dos Santos Avelar, 26 ANOS,  
DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA, 21,01,19, COM  
DIAGNÓSTICO DE Fratura exposta do fêmur (D)

NO DIA 30,03,18, FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE  
Osteossíntese do fêmur + RVS RNZ (D) SENDO

OPERADO PELO DR. Bruno F / Dr Patrick E DR. Paulo R2

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 02,04,18, ÀS 12:00, EM  
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL  
CORONEL MOTA NO DIA 19,04,18, ÀS 14:00, COM O  
DR. Paulo

**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. \_\_\_\_\_

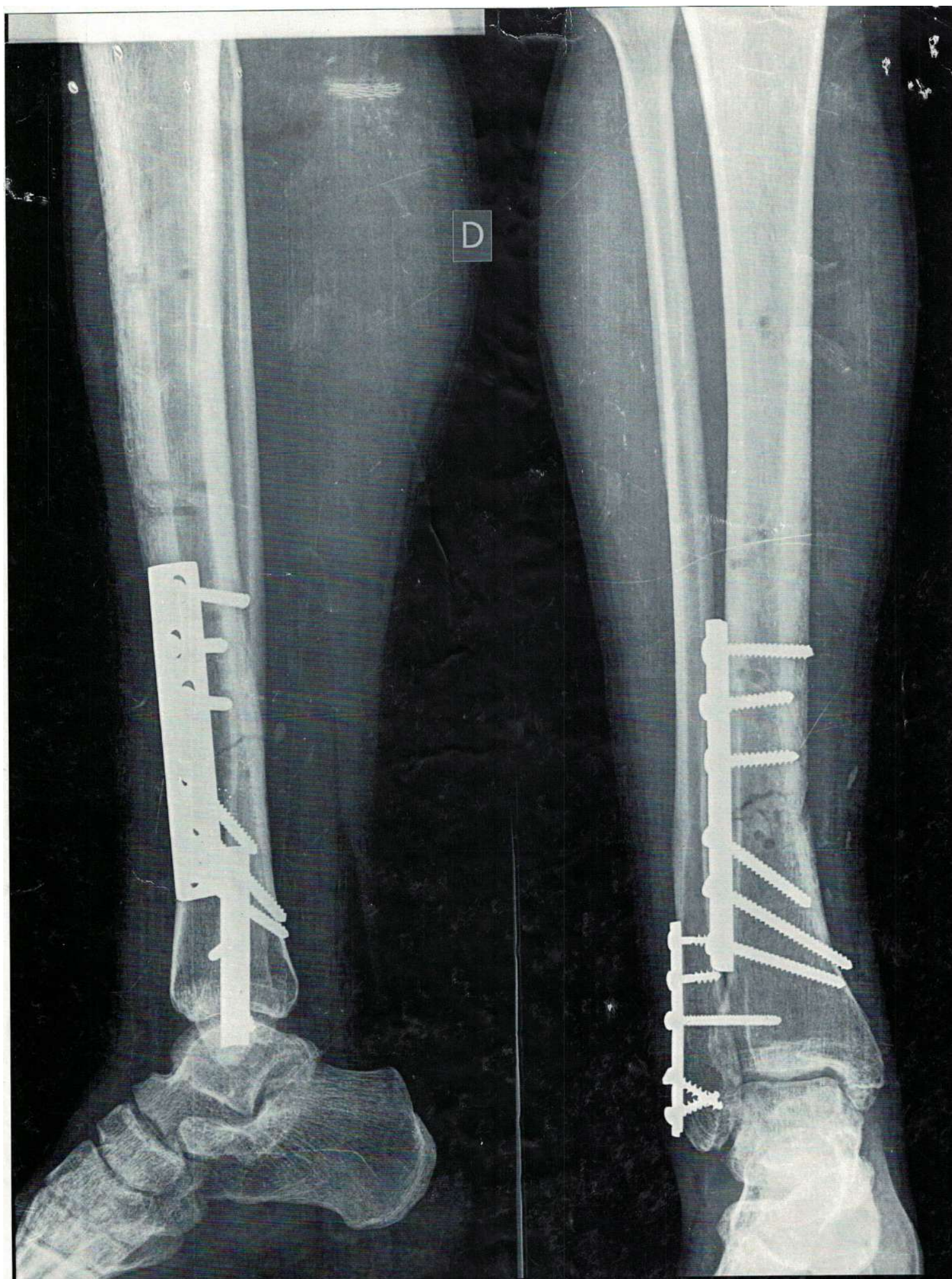
BOA VISTA, 02,04,18

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

MEDICO

07 MAR. 2019





DINELSON DAS CHAGAS SILVA

9070

HOSPITAL CORONEL MOTA

08/08/2018

Cloudoaldo

66,6 %



## **SUBSTABELECIMENTO**

**IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS**, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na Ordem dos Advogados do Brasil seccional Roraima sob o nº 1639, com endereço profissional nesta Capital, **SUBSTABELECE COM RESERVA DE PODERES** na pessoa de **JOHON EMERSON DE SOUZA CAMILO**, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1376 e **ÍGOR HENRIQUE NORONHA DE SOUZA**, advogado devidamente inscrito na OAB/RR sob o nº 1885, os poderes contidos na procuração que consta nos autos eletrônicos que este acompanha.

Boa Vista/RR, data do protocolo.

*Assinatura digital*

**IGOR GUSTAVO MACAMBIRA DIAS**

**OAB/RR 1639**