

Projudi - Processo Eletrônico do Judiciário do Roraima

Início Ações 1º Grau Ações 2º Grau Parecer Citações Intimações Audiências Sessões 2º Grau Buscas Estatísticas Outros

Operação realizada com sucesso. Protocolo:
2898657920201106103436

Processo 0802278-94.2020.8.23.0010 ☆ - (286 dia(s) em tramitação)

Classe Processual: 7 - Procedimento Ordinário

Assunto Principal: 9597 - Seguro

Nível de Sigilo: Público

Informações Gerais	Informações Adicionais	Partes	Movimentações	Apensamentos (0)	Vínculos (0)
<p>Realces ↑</p> <p>Realçar Movimentos de: <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Servidor <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Membro MP <input type="checkbox"/> Defensor <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Outros <input type="checkbox"/> Audiência</p> <p>Ocultar Movimentos: <input type="checkbox"/> Inválidos <input type="checkbox"/> Sem Arquivo <input type="checkbox"/> Hab. Provisória</p>					
<p>Filtros ↑</p> <p>Movimentado Por: <input type="checkbox"/> Advogado <input type="checkbox"/> Advogado NPJ <input type="checkbox"/> Entidades Remessa <input type="checkbox"/> Magistrado <input type="checkbox"/> Procurador <input type="checkbox"/> Servidor</p> <p>Sequencial(Intervalo): <input type="text"/> ao <input type="text"/> Data do Movimento(Período): <input type="text"/> à <input type="text"/></p> <p>Descrição: <input type="text"/></p>					
50 registro(s) encontrado(s), exibindo de 1 até 50 500 por pág. 1					
Seq.	Data	Evento		Movimentado Por	
<input type="checkbox"/>	50	06/11/2020 10:34:36	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE Cumprimento de intimação - Referente ao evento JUNTADA DE LAUDO (09/10/2020)		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	50.1	Arquivo: Petição	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2690489IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIAL01.pdf	Público
	50.2	Arquivo: DOCS	Ass.: JOAO ALVES BARBOSA FILHO	2690489IMPUGNACAOAOLAUDOPERICIALAnexo02.pdf	Público
	49	24/10/2020 00:05:06	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de BRUNO RODRIGP ALMEIDA DA SILVA) em 23/10/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 43) JUNTADA DE LAUDO (09/10/2020) e ao evento de expedição seq. 46.		SISTEMA CNJ
	48	22/10/2020 16:01:36	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A) em 22/10/2020 com prazo de 15 dias úteis *Referente ao evento (seq. 43) JUNTADA DE LAUDO (09/10/2020) e ao evento de expedição seq. 45.		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
<input type="checkbox"/>	47	16/10/2020 16:01:56	JUNTADA DE PETIÇÃO DE MANIFESTAÇÃO DA PARTE		JOÃO ALVES BARBOSA FILHO Procurador
	46	13/10/2020 15:46:16	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de BRUNO RODRIGP ALMEIDA DA SILVA com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 43) JUNTADA DE LAUDO (09/10/2020)		Thiago Pacheco Pires dos Santos Analista Judiciário
	45	13/10/2020 15:46:16	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT S/A com prazo de 15 dias úteis - Referente ao evento (seq. 43) JUNTADA DE LAUDO (09/10/2020)		Thiago Pacheco Pires dos Santos Analista Judiciário
	44	10/10/2020 00:03:36	DECORRIDO PRAZO DE BRUNO RODRIGP ALMEIDA DA SILVA (P/ advgs. de BRUNO RODRIGP ALMEIDA DA SILVA *Referente ao evento (seq. 39) RETORNO DE MANDADO (21/09/2020) e ao evento de expedição seq. 41.		SISTEMA CNJ
<input type="checkbox"/>	43	09/10/2020 21:23:46	JUNTADA DE LAUDO		VITOR PARACAT SANTIAGO Perito
	42	02/10/2020 00:00:21	LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA (Pelo advogado/curador/defensor de BRUNO RODRIGP ALMEIDA DA SILVA) em 01/10/2020 com prazo de 5 dias úteis *Referente ao evento (seq. 39) RETORNO DE MANDADO (21/09/2020) e ao evento de expedição seq. 41.		SISTEMA CNJ
	41	21/09/2020 08:43:02	EXPEDIÇÃO DE INTIMAÇÃO Para advogados/curador/defensor de BRUNO RODRIGP ALMEIDA DA SILVA com prazo de 5 dias úteis - Referente ao evento (seq. 39) RETORNO DE MANDADO (21/09/2020)		Arielly Né de Almeida Estagiária
	40	21/09/2020 08:42:52	JUNTADA DE COMPROVANTE Devolução sem Leitura - De MANDADO expedido(a) (seq. 32) em 23/08/2020 - Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (23/08/2020). Parte: BRUNO RODRIGP ALMEIDA DA SILVA		Arielly Né de Almeida Estagiária
<input type="checkbox"/>	39	21/09/2020 05:52:49	RETORNO DE MANDADO Referente ao evento (seq. 32) EXPEDIÇÃO DE MANDADO (23/08/2020 16:19:55). Parte: BRUNO RODRIGP ALMEIDA DA SILVA		Henrique Sergio Nobre Oficial de Justiça
	38	08/09/2020 11:37:10	RENÚNCIA DE PRAZO DE BRUNO RODRIGP ALMEIDA DA SILVA Referente ao evento JUNTADA DE CERTIDÃO (23/08/2020)		PAULO SERGIO DE SOUZA Advogado
			LEITURA DE INTIMAÇÃO REALIZADA		



EXMO. SR. DR. JUIZ DE DIREITO DA 5ª VARA CÍVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR

Processo: 08022789420208230010

SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S.A, empresas seguradoras previamente qualificadas nos autos do processo em epígrafe, neste ato, representada, por seus advogados que esta subscreve, nos autos da **AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO DPVAT**, que lhe promove **BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA**, em trâmite perante este Douto Juízo e Respectivo Cartório, vem mui respeitosamente, à presença de V. Ex.^ª, em cumprimento ao referido despacho de fls., expor para ao final requerer o que se segue:

DO LAUDO PERICIAL

Trata-se de caso em que o Autor alega ser vítima de acidente automobilístico, resultando em invalidez permanente.

Inicialmente, a parte ré informa que para realização de qualquer pagamento administrativo por Seguro DPVAT concernente à cobertura por invalidez permanente, as vítimas são submetidas à avaliação médica criteriosa com o escopo de ser apurado o *quantum* indenizatório devido em decorrência da lesão suportada pela vítima, nos termos da lei 6.194/74.

Frisa-se que aludido exame é realizado por profissional imparcial e tecnicamente competente, obedecendo os estritos limites da legislação aplicável.

Deste modo, a Ré procedeu com o pagamento da verba indenitária na monta de R\$ 4.725,00 (quatro mil e setecentos e vinte e cinco reais), valor este correspondente ao percentual da invalidez parcial e permanente apresentada pela parte Autora em sede administrativa.

Nesse sentido, foi nomeado perito por esse d. juízo, e posteriormente as partes intimadas a apresentaram quesitos, a fim de se verificar qual o grau da suposta Invalidez da parte autora.

Não é crível que com os avanços da medicina, os tratamentos realizados na parte autora serviram para agravar a doença e não oportunizaram uma melhora ou, no mínimo, a manutenção da lesão apurada na esfera administrativa.

É certo que o julgador não está adstrito à conclusão contida no laudo pericial, mas a simples leitura do mesmo demonstra que a r. Perito não buscou comprovar o suposto agravamento da lesão, somente limitando-se a responder os quesitos apresentados de maneira simplista e sem qualquer fundamentação.

Pelo exposto, a parte ré impugna o laudo pericial produzido, requerendo que seja afastada a conclusão pericial, devendo ser levado em consideração o conjunto fático-probatório dos autos, sobretudo os documentos médicos acostados na exordial, que demonstram a ausência de agravamento da lesão capaz de gerar complementação indenizatória, sendo os pedidos autorais julgados improcedentes.

Caso não seja esse o entendimento de Vossa Excelência, requer a produção de nova prova pericial, nos termos dos art. 480 do CPC.

Nestes Termos,
Pede Deferimento,

BOA VISTA, 4 de novembro de 2020.

JOÃO BARBOSA
OAB/RR 451-A

SIVIRINO PAULI
101-B - OAB/RR

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190432142

Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 17/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: NECESSIDADE DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Senhor(a), BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

O(s) documento(s) abaixo não permitiu(ram) o atendimento ao seu pedido do Seguro DPVAT:

Autorização de pagamento incorreto(a), necessário verificar as informações e apresentar o documento com os dados corretos.

O prazo de 30 (trinta) dias para análise do pedido foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber a documentação complementar solicitada.

Caso a documentação não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/01/2016

NOME RAIMUNDO MONATO SILVA DATA DE NASCIMENTO 15/09/1968

FILIAÇÃO VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE VARGEM GRANDE - MA

DOCS. CONSIG. CERTO MASC 2560 FLS 2 LIV A 43

CPF 475.628.463-91 VARGEM GRANDE-MA

3 VIA AMADEU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 28/02/83

P 7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OZILIO CRUZ



Polegar direito



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Raimundo Monato Silva

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

CLIENTE: SEGURADORA LIDER DOS CONSORCIOS DO SEGURO DPVAT S/A

BANCO: 001 AGÊNCIA: 1769-8 CONTA: 000000611000-2

DATA DA TRANSFERENCIA:

27/11/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL:

4.725,00

*****TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

BANCO: 104

AGÊNCIA: 00653

CONTA: 000000020708-2

Nr. da Autenticação DBFC6B2DC48A3238

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432142 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA **Data do acidente:** 17/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.
P 6/7/51

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

Rio de Janeiro, 17 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432142

Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 17/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

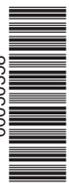
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você





Em caso de dúvidas, acesse o nosso site www.seguradoralider.com.br. Para consultar o andamento do seu processo ligue para a Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h, nos telefones 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato com o SAC, 24 horas por dia, no telefone 0800 022 81 89. Para pessoas com deficiência auditiva, ligue para 0800 022 12 06. Tenha em mãos o número do seu pedido do Seguro DPVAT e o CPF da vítima.

Rio de Janeiro, 25 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432142

Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 17/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: INTERRUÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Comunicamos que o pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado e está em análise e o prazo regulamentar de 30 dias foi interrompido para apuração de dados e informações adicionais. Assim que todas as informações forem finalizadas, o prazo voltará a seguir normalmente.

Por favor, aguarde contato e continue acompanhando o seu pedido de indenização através dos canais oficiais da Seguradora Líder DPVAT.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 30 de Julho de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190432142

Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 17/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: VÍTIMA EM TRATAMENTO

Senhor(a), BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

Devido a lesão não estar consolidada, não é possível, no momento, caracterizar a invalidez permanente pleiteada.

Assim, após finalizado o tratamento médico/hospitalar e se verificada a existência de invalidez permanente, a vítima deverá apresentar os respectivos documentos médicos, tais como os listados a seguir:

- Boletim médico/hospitalar, com a ficha da evolução médica e a alta médica hospitalar;
- Relatório do tratamento médico realizado na internação e/ou no atendimento ambulatorial;
- Laudos de exames, caso realizados no tratamento, tais como: Raio X, tomografia, ressonância magnética e de controle pós procedimento cirúrgico ou tratamento conservador ambulatorial, com a identificação do paciente e data de realização.

Em caso de cirurgia anexar: os relatórios médicos hospitalares com os procedimentos adotados e materiais usados, folha de anestesia, folhas de evolução médica e sumário de alta.

Informamos que é direito do paciente solicitar e receber, sem custos, os documentos do tratamento médico realizado nos hospitais públicos ou particulares, em internação ou tratamento ambulatorial.

Esclarecemos, por fim, que os documentos emitidos por enfermagem ou outros profissionais da área de saúde devem estar, necessariamente, acompanhados pela respectiva evolução/solicitação médica.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 934.596-702-82 4 - Nome completo da vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA 6 - CPF: 934.596-702-82
7 - Profissão: RECLUSO 8 - Endereço: AV. JARDIM BL. 1004 9 - Número: AP. 2003 10 - Complemento: AP. 2003
11 - Bairro: CIDADE SATELITE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-539
15 - E-mail: monitosilva638@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 95 99114-4021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 0653 CONTA: 0002708 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, uma vez que (assinalar uma das opções):

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes do acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTROLE DE INDENIZAÇÃO
16 JUL 2019
SEGURO DPVAT S/A
Rua Celso de Vasconcelos, 404 - Boa Vista - RR

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado Judicialmente Viúvo

24 - Data do óbito da vítima: _____

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido _____

36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido _____

37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido _____

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha _____

40 - Local e Data, BOA VISTA 11/07/2019

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver) _____ 41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante) BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA 43 - Assinatura do Procurador (se houver) RAIMUNDO NOWATO SILVA

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

1 - Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: **3190432142** 3 - CPF da vítima: **934-596-702-82** 4 - Nome completo da vítima: **BRUNO RODRIGO DA SILVA**

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: **Bruno Rodrigo Almeida da Silva** 6 - CPF: **934-596-702-82**

7 - Profissão: **Recusou** 8 - Endereço: **AV. Jardim 1004 BL 14** 9 - Número: **203** 10 - Complemento: **APT-203**

11 - Bairros: **Cidade Satélite** 12 - Cidade: **BOA VISTA** 13 - Estado: **RR** 14 - CEP: **69.317-539**

15 - E-mail: **monitosilva638@gmail.com** 16 - Tel.(DDD): **(91) 991144021**

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUQUANÇÁ (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)

Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: **0653** CONTA: **00020708** **2**
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

Pelo motivo assinalado, solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação apresentada, concordando, desde já, em me submeter à avaliação médica às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito, conforme Lei 6.194/74, art. 3º, §1º, declarando que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestá-la, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____

28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (al nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado
35 - Nome legível de quem assina a rogo/a pedido
36 - CPF legível de quem assina a rogo/a pedido
37 - (*) Assinatura de quem assina a rogo/a pedido

38 - 1ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: **Boa Vista - 19/07/2019**

Bruno Rodrigo Almeida da Silva
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

Raimundo Loureiro Silva
43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

ÁREA DE REGISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

19 JUL 2019

SEGURADORA S/A
PRIMEIRO ANDAR - Boa Vista - RR

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

534994

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURA

Av. Capitão João Batista, 400



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020631/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/07/2019 10:36 Data/Hora Fim: 11/07/2019 10:49
 Origem: Pessoa Física - Particular Data: 11/07/2019
 Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
 Data/Hora do Fato: 17/11/2018 13:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: União
 Logradouro: Av: Carlos Pereira de Melo

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Altamira Sexo: Masculino Nasc: 22/04/1987
 Profissão: Mecânico

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Eliete da Silva Almeida

Nome do Pai: Carmozino Ribeiro de Silva Filho

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 5635368

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: Av: Jardim
 Complemento: bloco 14, AP 203
 Bairro: cidade satélite

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem à este DP para informar que é habilitado (porém, não apresentou no momento do registro), e que na data, hora e local acima informado, conduzia a motocicleta Honda CG Titan EX, ano/modelo 2016/2017, de cor preta, placa NAO-5922, CHASSI 9C2KC2210HR010407, Renavam 01109683275, a qual se encontra em nome de Carlos A. da Silva Pereira, momento em que colidiu na traseira de uma Chevrolet S-10, de cor prata, não sabendo informar a placa do veículo ou nome do condutor da mesma. Que devido a gravidade do acidente e lesões sofridas no mesmo, foi 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.



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
 Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães
 Data de Impressão: 11/07/2019 10:52
 Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020631/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Agente de Polícia
Matrícula 042000925
Responsável pelo Atendimento

Bruno Rodrigo Almeida da Silva
(Vítima / Comunicante)

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

DAT
11 JUL 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



**Laudo de Avaliação Médica para fins de Verificação e
Quantificação de Lesões Permanentes em Vítimas do Seguro DPVAT**

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190432142
Nome do(a) Examinado(a):	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA
Endereço do(a) Examinado(a):	AVENIDA JARDIM A203 CIDADE SATÉLITE
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	934.596.702-82
Data e local do acidente:	17/11/2018 BOA VISTA RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 30/07/2019

Resultado da Avaliação Médica

I) Descreva o(s) diagnóstico(s) das lesões efetivamente produzidas no acidente relatado e comprovado.

VITIMA DE COLISÃO MOTO/CARRO COM TRAUMATISMO NO MIE

II) Descrever o tratamento realizado, eventuais complicações e a data da alta.

ESTÁ FAZENDO USO DE FIXADOR EXTERNO- EMTRATAMENTO

III) Descreva o exame físico atual especificamente relacionado ao diagnóstico relatado.

NÃO FOI POSSIVEL AVALIAR POIS ESTA EM TRATAMENTO- PREVISÃO DE RETIRADA EM AGOSTO/2019

IV) Nexo de causalidade: as lesões descritas são decorrentes do acidente de trânsito e comprovadas na documentação apresentada?

(X) SIM () NÃO

V) Existe seqüela (lesão deficitária irreversível não mais susceptível a qualquer medida terapêutica)?

(X) SIM () NÃO

VI) Descrever objetivamente as seqüelas (déficits funcionais permanentes) resultantes do acidente.

AINDA EM TRATAMENTO

VII) Segundo previsto no inciso II, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

a) Havendo alguma das condições abaixo, assinalar sempre justificando o enquadramento no campo das observações (*).

(X) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em 60 dias.

() "Sem seqüela permanente" (Não existem lesões diretamente decorrentes de acidente de trânsito que não sejam suscetíveis de amenização proporcionada por qualquer medida terapêutica).

b) Havendo dano corporal segmentar, apresente abaixo as graduações que sejam relativas às regiões corporais acometidas.

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

Região Corporal (Seqüela):

% do dano: () 10% residual () 25% leve () 50% médio () 75% intensa () 100% completo

VIII) * Observações e informações adicionais de interesse voltado ao exame médico e/ou a valoração do dano corporal.


Dra. Regina Claudia Reboucas Mendes Alho
Médica do Trabalho
CRM/RR 1032
RQE: 177

Assinatura do(a) Médico(a) Examinador(a)

Carimbo com nome e CRM

REGINA CLAUDIA REBOUCAS MENDES ALHO - Registro no CRM: 1032 - RR

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DABS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou A/S: 3 - CPF da vítima: 4 - Nome completo da vítima: 934-576-702-82 934.576.702-82 BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA 6 - CPF: 934.576.702-82
7 - Profissão: REVENDEDOR 8 - Endereço: AV. JARDIM 131, 1004 9 - Número: 10 - Complemento: NPT 2003
11 - Bairro: CIDADE: SATELITE 12 - Cidade: ACUM VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317-539
15 - e-mail: brunorodrigosilva63@gmail.com 16 - Tel.(DDD): 95 99114-4021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal:
18 - CPF do Representante Legal: 19 - Profissão do Representante Legal:

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.000,00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,01 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO REPRESENTAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUANÇA (Sempre para aplicação abaixo. Assinale uma opção):
 Bradesco (237) Itaú (241)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 653 CONTA: 1202708 2
 CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO:
AGÊNCIA: CONTA:

Autorizo a Seguradora LIDER a creditar a conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/previdência do Seguro DPVAT a que eu, Bruno Rodrigo Almeida da Silva, tenho direito, e o pagamento e saída, desde que eu autorizo a emissão do crédito, quitação notas do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas da lei, que não impossibilitado de apresentar o Laudo do Instituto Médico Legal (IML) para fins de requerimento do Seguro DPVAT nos meus termos, uma vez que, te (assinalar uma das opções):

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

Para melhor assistência e/ou para o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por favor, manter em posse e de fácil acesso a documentação necessária, desde que, eu não submeter a documentação aos custos da Seguradora. Para a verificação da existência de eventuais despesas do cotidiano do trânsito, conforme Lei 5.174/74, art. 7º, §1º, declaro que esta autorização não significa a avaliação técnica ou jurídica em definitivo, caso discordo ou seja contestada.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civil) Divorciado Separado (Legalmente) Viúvo
24 - Data em que ocorreu o acidente: 16 JUN 2019
25 - Causa de Fato com a vítima: 26 - Vítima possui companheiro(a): Sim Não
27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:
28 - Vítima possui filhos: Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: Sim Não 30 - Vítima possui irmãos: Sim Não 31 - Vítima possui irmãos: Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: Sim Não 33 - Vítima possui outros parentes: Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora LIDER pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos únicos beneficiários que se apresentarem a apresentar nova documentação, ainda de que eu que eu autorizo a emissão do crédito para a entrega do valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 298 do Código Penal.

35 - Nome legal de quem assinou o pedido:
36 - CPF legal de quem assinou o pedido:
37 - (1) Assinatura de quem assinou o pedido:
38 - 1ª | Nome:
CPF:
Assinatura e Data:
39 - 2ª | Nome:
CPF:
Assinatura da testemunha:

40 - Local e Data: ACUM VISTA 11/07/2019
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante): Bruno Rodrigo Almeida da Silva
42 - Assinatura do Representante Legal (se houver):
43 - Assinatura do Promotor (se houver):

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

MÃO ASSINADA

TESTEMUNHAS



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 2194



UNIDADE:

EQUIPE:

Abma euliao / usual

Paciente: Bruno Rodrigo Almeida da Silva Idade: 31 Sexo: M
Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena []
Endereço: Rua Pedroza de Melo Bairro: União

Nº 21423 DATA 17/11/18

Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: Suro

HORA J/9: 13:08

BASE X VIA ()

RÁDIO

HORA J/10: 13:18

() CELULAR

SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()

Mechanism of Injury section with categories: AUTOMÓVEL, MOTOCICLETA / BICICLETA, VIOLÊNCIA, OUTROS, PEDESTRE.

Vital Signs section: VIAS AÉREAS, VENTILAÇÃO, CIRCULAÇÃO, AVAL. NEUROLÓGICA.

Vital Signs table with columns: Hora, P.A mm/hg, F.C Bpm, F.R Mpm, Sat O2 %, T. Axilar °C, Glicemia, Esc. visual "DOR", APAGAR.

Physical Examination section: Pele, Cabeça, Face, Pescoço, Tórax, Abdome.

Physical Examination section: Pelve, Coluna Dorsal, MMSS, MMII, QUEIMADURAS.

Medical History section: AVALIAÇÃO DO RISCO, HISTÓRIA DE DOENÇAS, HISTÓRIA DE PRESSÃO.

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino) with stamp: Dr. Fernando Antônio Mendes Pereira, CRM-RR: 1843.

Destination and Observations section: DESTINO, OBSERVAÇÕES, and a stamp: SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL.

Final Destination section: DESTINO with options like GENTE SEGURADORA S/A, Pol. Cosme e Silva - PCCS, Hosp. Santo Antônio - HCSA, etc.

Descrição:

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

Declaro para os devidos fins que este paciente não possui nenhum medicamento disponível pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

IG p/ semana: _____

Perda de líquido: _____

Com cartão Sem cartão

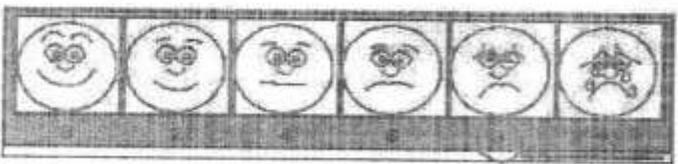
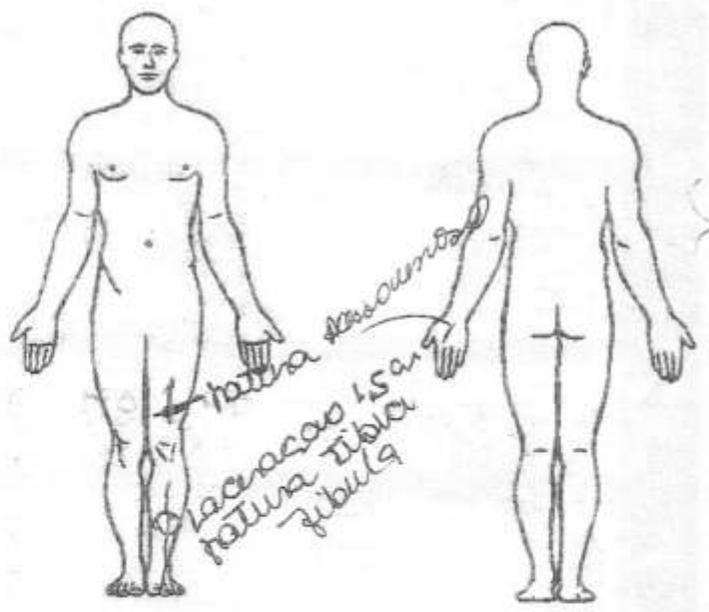
GESTANTE: _____

GENTE SEGURADORA S/A: _____

MATERIAL E MEDICAÇÃO

1 RL 500 mg
1 Espirito, 01 Dilatol 40mg
3 Atadina 30 ar, 02 Atadina 10 ar
01 Poteo 18

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos prontamente à estimulação	Exponência	4
Abertura ocular em tipo de lacrí normal ou em voz alta	Ab. Sem	3
Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos olhos	A. Forçada	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Visual		Pontos
Resposta adequada imediatamente ao nome, local e objeto	Diferenciada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Palavras	3
Aperçu gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	5
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo de cabeça ou pescoço	Localização	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominantemente não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominantemente claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não Testável	NT



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

03/13A Tomar atenção para a ocorrência de edema no membro superior, no local de fato ocorreu, paciente encaminhado ao posto em decúbito dorsal, realizado fixação de trauma, colar cervical, prancha rígida, imobilização elástica em membro patinado, acesso venoso calibroso no braço esquerdo, adm medicamentos conforme telemedicina nota, SSUV estáveis e conforme orientações do médico responsável paciente encaminhado ao trauma HGR.

BESOURA

SAMU 192 BV
COMPART. 100
CR. 30001
Em 28/12/18
Stephanie

Dr. Sérgio Magalhães Pereira
Téc. de Emergência Instrumentação Cirúrgica
COREN-PR. 18357-1/EC



Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica - Tabela B-1
Inscrição Especial de Imposto Substituído pela DIFAZ 304/15

Para consultar
transações saliente
neste documento

SEU CÓDIGO
0134659-8

IP da Nota Fiscal: 002866706
A Tabela Tarifária de Energia Elétrica - TIEEC foi criada
pela Lei nº 10.430 de 20 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAYO/2019	11/06/2019	75	100,84

LAUDICELIA RIBEIRO SILVA PEREIRA AP203
AV JARDIM 1004 114 A203-CEDRO CIDADE SATELITE
RESIDENCIAL VILA JARDIM
CEP: 60.317-220 BOA VISTA

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 10452	14/05/2019
Anterior: 10377	13/04/2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 11/06/2019
Consumo Medido: 75	Emissão: 13/05/2019
Consumo Faturado: 75	Apresentação: 22/05/2019
	Dia da Contagem: 33

Nome da Faturadora: NORVAL
Pessoa de Referência: FÉLIP

Classo/Subclasse: RESIDENCIAL
Ligação: BI
Número Medidor: 14EDB9919
Poso: 1424523
Código Fat.: 1.1.1.3
Média 12 meses: 65

HISTÓRICO kWh	Consumo
ABR/19	0
MAR/19	0
FEV/19	0
JAN/19	0
DEZ/18	0
NOV/18	20
OUT/18	103
SET/18	114
AGO/18	95
JUL/18	92
JUN/18	75

75 A R\$ 0,764602 = 57,34
43,50

CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano: 04/2019
Valor R\$: 3,00

Unidade consumidora inscrita a partir de 10/01/2019, o resgate de créditos de energia elétrica a partir de 01/01/2019, o resgate de créditos de energia elétrica é incluído no nome do consumidor no SCDECH. Caso tenha efetuado o pagamento favor desatualizar este aviso.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	14,74	Base de Cálculo:	57,34
Energia:	31,24	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	9,74
Encargos:	1,62	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	9,74	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
D.C.		F.C.		D.L.C.		D.G.R.	
Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior
0,09	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,05	
0,00		0,00				0,00	

FLORESTA

ROT: 32.001.24.20.345600

RORAIMA ENERGIA

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 601 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

SEU CÓDIGO: 0134659-8
MÊS FATURADO: 05/2019
TOTAL A PAGAR - R\$: 100,84
VENCIMENTO: 11/06/2019
002866706 FÉLIP

Nº da Nota Fiscal: 000000001347059005190008 Z



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

CAERRua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

0800 280 9520

MÊS/ANO: 06/2019

VENCIMENTO: 15/07/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA	ECONOMIAS	HIDRÔMETRO	VOL FATURADO	DESCRIÇÃO	Nº DA CONTA
RESIDENCIAL	1	A10F198348	10	REAL	15318863
DT. LEITURA ANT.	DT. LEITURA ATUAL	DIAS DE CONSUMO	LEITURA ANT.	LEITURA ATUAL	MÉDIA
07/05/2019	06/06/2019	30	1839	1839	0
MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.	MÊS/ANO	CONS.
05/2019	0	04/2019	0	02/2019	0
		03/2019	0	01/2019	0
				12/2018	0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA		
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA	0 M3	23,83
MULTA F/IMPONTUALIDADE 04/2019		19,06
		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capão Não Secura, 444 - Boa Vista - 200

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas		-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO NOCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	06/2019	17	43,74	05.1970

82660000000-2 43740004001-4 00099358101-6 06201950003-2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF²**.

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bruno Rodrigo Almeida da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 934.596.702 / 82 do sinistro de DPVAT: cobertura INVALIDEZ da Vítim Bruno Rodrigo Almeida da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 934.596.702 / 82, conform determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECESSOU Renda: RECESSOU e apresento os documentos comprobatórios

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.

Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número		Complemento	
Rua: 05		121			
Bairro	Cidade	Estado	RR	CEP	
Cidade Satélite	Boa Vista			69.317-471	
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
nonatosilva638@gmail.com				(95) 99114-4021	

BOA VISTA, RA de 07 de 2019
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

Para mais esclarecimentos, acesse o site www.seguradoralider.com.br ou entre em contato através de um dos números abaixo:

Central de Atendimento (para consultas sobre indenizações e prêmios, de segunda a sexta-feira, das 8h às 20h)
Capitais e regiões metropolitanas: 4020-1596 / Outras regiões: 0800 022 12 04

SAC (para reclamações, sugestões, 24 horas por dia): 0800 022 81 89 | SAC (para deficientes auditivos e de fala): 0800 022 12 06 | Central Ouvidoria: 0800 021 91 35

Eu, CARLOS ALBERTO DA SILVA PEREIRA.

RG nº 3635945, data de expedição 23/04/2015

Órgão SESP-RR, portador do CPF nº 367.821.143.72.

com domicílio na cidade de BOA VISTA, no Estado de

RORAIMA, onde resido na (Rua/Avenida/Estrada)

ANTONIO MOREIRA DE MORAES, nº 878

complemento CASA, declaro, sob as penas da Lei, que o veículo abaixo

mencionado é(era) de minha propriedade na data do acidente ocorrido com a vítima

BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA, cujo o condutor era

BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

Veículo: MOTO Modelo: HONDA/CG 160 TITAN EX Ano: 2016/2017

Placa: NAO 5922 Chassi: 9C2KC2210HR010407

Data do Acidente: 17/11/2018

Local e Data: BOA VISTA / 13/06/2019



Assinatura do Declarante

Assinatura do Condutor
(caso seja um terceiro que não a vítima reclamante do sinistro)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bazzara, 444 - Boa Vista - RPS

DANIEL AQUINO

Certário do 2º Ofício de Boa Vista
Daniel Aquino - Tabelião e Registrador
Av. Antônio Teófilo, 4897 - Rua Sereia, 100 - Boa Vista - RORAIMA
Fone: (93) 4847-2404
daniel@boavista.org.br

1189493d0a46cd23ces
Reconheço por VERDADEIRA (s) firma(s)
CARLOS ALBERTO DA SILVA PEREIRA

Em testemunho da verdade. LPS
De que sou T. Boa Vista/RR, 19 de junho de 2019.
Consulta no(s) site(s) abaixo em cidadeportaleon.com.br
REC/FIR166296239U3BBEIR-8XP02/

Emolumentos: R\$ 2,45 Fundos/ISS: R\$ 0,55 Total: R\$ 4,00

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL PARA DE EXPEDIR

NOME: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA
 Nº: 5635368 2ª VIA DATA DE NASCIMENTO: 26/10/2012
 Educação:

CARMOZINO RIBEIRO DE SILVA FILHO
 MARIA ELIETE DA SILVA ALMEIDA
 MATRÍCULA: 29/04/1987 DATA DE NASCIMENTO:

ALTAMIRA PA
 DOC. ORIGEM: C. NASC-3 OF. ALTAMIRA PA
 NUM: 34478 LIV: 128A FOL: 173
 CPF: 934596702-82

Assessoria de Serviço
 Ricardo Ricardo T. R. Paulo
 Assessoria de Serviço
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PÁRA
POLÍCIA CIVIL
INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




POLEGAR DIREITO

Bruno Rodrigo Almeida da Silva

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/01/2016

NOME RAIMUNDO MONATO SILVA DATA DE NASCIMENTO 15/09/1968

FILIAÇÃO VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE VARGEM GRANDE - MA

DOIS CÓPIAS CERTIDÃO MASC 2560 FLS 2 LIV A 43

CPF 475.628.463-91 VARGEM GRANDE-MA

3 VIA AMARU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 28/02/83 P 7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OZILIO CRUZ



Polegar direito



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Raimundo Monato Silva

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432142 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA **Data do acidente:** 17/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.
P 6/7/51

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: *

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432142 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA **Data do acidente:** 17/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 24/07/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA DIÁFISE DE FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO. ALTA.
P 6/7/51

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos

complementares:

Observações: *

SOLICITADA PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNÓSTICO, TRATAMENTO E SEQUELAS PERMANENTES, INSUSCEPTÍVEIS DE AMENIZAÇÃO POR QUALQUER MEDIDA TERAPÊUTICA. NA VERIFICAÇÃO. DESTAS, INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADO
 Av. Capita Jda Barata, 44 - B

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
 Nº 013254963961

VIA 01
 Cdo-HEMVAW
 01109582875
 R.M.T.R.C.
 EXERCICIO 2019

NOME
 CARLOS A DA SILVA PEREIRA
 PLACA
 RR

CPF/CNPJ
 367.821.143-72
 NAD05922

PLACA ANT/VUF
 9C2KCE210HRO10407
 CHASSI
 9C2KCE210HRO10407

COMBUSTIVEL
 ALCO/BASOL

ANFAB. ANO MOD.
 2016 2017

PARS/MOD/TOC/CEZ/MAR/APL/LS
 HONDA/CG 150 TITAN EX

CATEGORIA PARTICU
 PRETA

COA UNICA
 VENC. COTA UNICA
 PAGD
 1* *****
 2* *****
 3* *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)
 R\$0,32

IOF (R\$)
 R\$84,58

PREMIO TOWAL (R\$)
 R\$84,58

DATA DE MOVIMENTO
 01/03/2019

AL.FID. BRNDR HONDA
 AMAZON DISTRIBUIDORA S/A

BOA VISTA-RR
 LOCAL
 DATA
 01/03/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013254963961 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCICIO 2019

DATA EMISSAO
 01/02/2019

PLACA
 NAD05922

CPF/CNPJ
 367.821.143-72

RENAVAM
 01109582875

ANFAB. CAT. TRF.
 2016

PREMIO TARIFARIO
 DENATRAN (R\$)
 R\$4,01

CUSTO DO SEGURO (R\$)
 R\$40,05

PREMIO TOWAL (R\$)
 R\$84,58

DATA DE MOVIMENTO
 01/03/2019

ESTO DO BILHETE (R\$)
 R\$4,15

IOF (R\$)
 R\$84,58

PREMIO TOWAL (R\$)
 R\$84,58

DATA DE MOVIMENTO
 01/03/2019

AL.FID. BRNDR HONDA
 AMAZON DISTRIBUIDORA S/A

BOA VISTA-RR
 LOCAL
 DATA
 01/03/2019

CONTRAN
 DENATRAN

CONTRAN
 DENATRAN

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 09.248.601/0001-94

JAN / 2017

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241310/19

Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

CPF: 934.596.702-82

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRUNO RODRIGO
ALMEIDA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA : 934.596.702-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/07/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432142 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA **Data do acidente:** 17/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FRATURA DE TÍBIA, FÍBULA E FÊMUR ESQUERDOS

Descrição do exame físico: NÃO FOI POSSÍVEL AVALIAR POIS ESTA EM TRATAMENTO- PREVISÃO DE RETIRADA EM AGOSTO/2019

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FRATURA DE TÍBIA, FÍBULA E FÊMUR ESQUERDOS, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA. ENCONTRA-SE AINDA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 30/07/2019

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA AINDA EM TRATAMENTO, DESTA FORMA, NÃO PODENDO QUANTIFICAR AS SEQUELAS PERMANENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190432142

Cidade: Boa Vista

Natureza: Invalidez Permanente

Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

Data do acidente: 17/11/2018

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FRATURA DE TÍBIA, FÍBULA E FÊMUR ESQUERDOS

Descrição do exame físico: NÃO FOI POSSÍVEL AVALIAR POIS ESTA EM TRATAMENTO- PREVISÃO DE RETIRADA EM AGOSTO/2019

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU TRAUMA CONTUSO EM MEMBRO INFERIOR ESQUERDO COM FRATURA DE TÍBIA, FÍBULA E FÊMUR ESQUERDOS, FOI SUBMETIDA A TRATAMENTO CIRÚRGICO COM FIXAÇÃO EXTERNA. ENCONTRA-SE AINDA EM TRATAMENTO.

Sequelas permanentes:

Sequelas: Em tratamento

Data do exame físico: 30/07/2019

Conduta mantida:

Observações: VÍTIMA AINDA EM TRATAMENTO, DESTA FORMA, NÃO PODENDO QUANTIFICAR AS SEQUELAS PERMANENTES.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
		Total	0 %	R\$ 0,00

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Bazum, 484 - Boa Vista - RR

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: BRUNO RODRIGUES ALMEIDA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: Mecânica
RG: 563.536-8 CPF: 934.596.702-8 ENDEREÇO: AV. Jardim Compadrinho Celso B. Lacerda, Nº 203
BAIRRO: Cidade Satélite CIDADE: Boa Vista /RR
CEP: 69317-529

VÍTIMA: BRUNO RODRIGUES ALMEIDA DA SILVA
CPF: 934.596.702-8 DATA DO ACIDENTE: 17/11/2017
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidadez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

CARTÓRIO
LOUREIRO

Boa Vista, 12 de Julho de 2019.

BRUNO RODRIGUES ALMEIDA DA SILVA
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. WILLY BOCH Nº 3036 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL. (93) 3624-6077 - ATENDIMENTO: CARTORIO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
(EXCLUSIVO) - BRUNO RODRIGUES ALMEIDA DA SILVA
DAS Em testemunho de verdade: Boa Vista, 12/07/2019
Emol: 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10Vr Selo: 1,50
Selo: REC FIR158345U0TNIYAR4CGJW954
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 93459670282

Thays Courinho Weber
Escritora Autorizada
Cartório Loureiro

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241310/19

Número do Sinistro: 3190432142

Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

CPF: 934.596.702-82

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/11/2018

CPF de: Próprio

Titular do CPF: BRUNO RODRIGO
ALMEIDA DA SILVA

DOCUMENTOS ENTREGUES

BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA : 934.596.702-82

Autorização de pagamento

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 19/07/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 19/07/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PROTOCOLO DE ENTREGA DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0241310/19

Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

CPF: 934.596.702-82

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/11/2018

Titular do CPF: BRUNO RODRIGO
ALMEIDA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS ENTREGUES

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de ato declaratório
Declaração de Inexistência de IML
Declaração do Proprietário do Veículo
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA : 934.596.702-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

- O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da entrega da documentação completa. Para acompanhar o processo de análise do pedido de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue 0800-0221204.

- A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194 / 74.

Documentação recebida sem conferência.

A documentação solicitada dos documentos indicados em originais, ou cópias autenticadas, precisam estar devidamente protocolados como comprovante de entrega por meio de chancela ou carimbo, e os mesmos devem ser digitalizados no ato do atendimento para inclusão no aviso de sinistro digital.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação entregue

Data da entrega: 16/07/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 16/07/2019
Nome: SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO
CPF: 020.134.582-07

SABRINA OLINAR DE SOUZA CARREIRO

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636310

Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 17/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

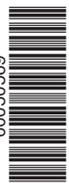
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

180038053 17/11/2018 13:42:34

Paciente: **BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA**
 Data Nascimento: **22/04/1987** Idade: **31 A 6 M 25 D** CNS: **700705947712677** CPF: **93459670282**
 Tipo Doc: **Duvidante** Orgão Emissor: **S&P-PA** Data Emissão: **26/10/2012** Sexo: **M** Estado Civil: **Casado** Naturalidade: **BOA VISTA - RR** Nacionalidade: **BRASILEIRA**
 IDENTIDADE: **5835388** S&P-PA: **26/10/2012** M: **SOLTEIRO** (APARDA) BOA VISTA - RR Contato: **(95) 98124-1789**
 Mãe: **MARIA ELIETE DA SILVA ALMEIDA** Ocupação: **MECÂNICO**
 Endereço: **RIA - SÃO FRANCISCO - 311 - CINTURÃO VERDE - BOA VISTA - RR**

Class. de risco: **SUS - SISTEMA UNICO DE SAÚDE** N° na Carteira: **URGÊNCIA** Validade: **Prorrogada** Alteração: **S/S Finaliz**
 Motivo do Atendimento: **ACIDENTE DE MOTO** Profissional do Atendi.: **URGÊNCIA** Procedimento Int.: **ANA KARLA**
 Sexo: **GRANDE TRAUMA** Tipo de Chegada: **DEMANDA ESPONTANEA** Suspeita de Dengue:

Quixá Principal: Síndrome Febril Sintomas Respiratórios

Anamnese de Enfermagem: **GSC AO: 1284 RR: 1234 MIO: 123458** TOTAL: **15**

Anamnese - (HORA DA CONSULTA): **13:40** História de **acidente automobilístico com moto-carro** há cerca de 90 minutos. **Choque no lado direito, fratura própria da tíbia**. Perna esquerda imobilizada.

Exame Físico: **BB, AAA, comprometida a sensibilidade + reflexos de arco (B)**. **Boa perfusão e sangramento**.

Hipótese Diagnóstica: **Fratura distal da tíbia (B) + fratura do fêmur (B) (exposta)**.

SABT - Exames Complementares: **RADIO X** ULTRASON SIO RANGUE URINA ECG OUTROS

APRAZAMENTO: **18/11/2018** OBSERVAÇÃO:

PRESCRIÇÃO: **1) R. 0001**, **2) Analgésico - Sufentanil**.

Observações: **1) Fratura distal da tíbia exposta, fratura do fêmur**. **18/11/2018**

ADCC (Assinatura)

- Consulta:
- Alta por Decisão Médica
 - Alta a Pedido
 - Alta a Revelar
 - Transferência para

ÁREA DE SINISTROS - DAVAT
DOUVIDE

Abito: **Área do 1º Atendimento?** Sim Não

Assinatura do Paciente ou Responsável: **16 JUL 2019**

Impressão: **Dr. Ana Karla**
 Data Hora: **17/11/2018 13:56:48**

GENTE SEGURADORA S/A
 Av. Getúlio Vargas, 465 - Boa Vista - RR

- Carimbo e Assinatura do Médico:
- Ambulatório
 - Observação (Até 24h)
 - Informação
 - Data e Hora de Saída Alta
 - IM: Anamnese Patológica

Dr. Fernando Antônio Martins Pereira
 Centro de Diagnóstico e Pesquisa em Câncer - RORAIMA
 (Assinatura)



Carta de Voto P. 2000 N

7.4 Milhões de acções MOTO X-COM
R+ base evidenciada F+ P. 2000 (E) + F+ P. 2000 (E)

C.S.



12.12.2018

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Breno R. Almeida de ~~Almeida~~

22/04/87

164232

7.00 + 0.943712161 + 1

5.981.241 + 89

maria Elide de Almeida
R. São Francisco 311 Contorno Verde

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Fx deito sem (E)
Fx exposto telar (E)

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
COSTEIO NÃO VERIFICADO
15 JUL 2018
GENE SEGUROS S/A
Av. Cangaíba, 115 - Cangaíba - São Paulo - SP

centro

Exame fis + Rx

Patrick Rabelo José
Ortopedista e Traumatologista
CRM: 108.115-2/SP

PROCEDIMENTO SOLICITADO

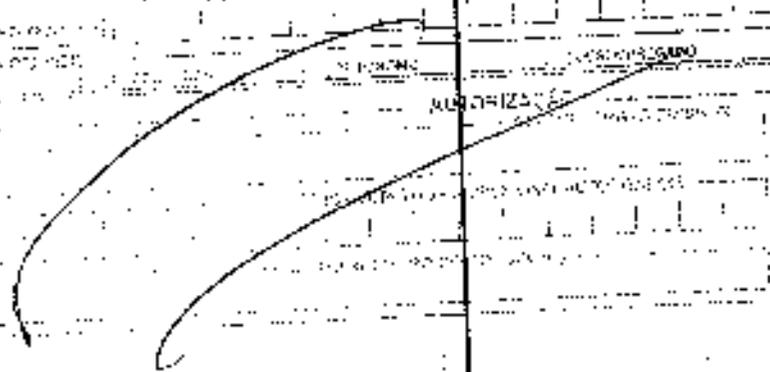
Fx femur (E) + Fx exposto telar (E)

ort

Dr. César Perceval

DR. MARCELO ROBERTO DE MOURA
CRM: 108.115-2/SP

CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES DO TRABALHO)



0408050500
5822
V299

PROFESSOR RESPONSÁVEL

Dr. Roberto Almeida da Silva

Dr. [Handwritten]

C.N.

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Sintoma Exposto da Orelha da Pareia (E)

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA:

Otitomastoidite

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

CIRURGIÃO:

Dr. Poturk

1º AUXILIAR:

Dr. [Handwritten]

2º AUXILIAR:

INSTRUMENTADORA:

3º AUXILIAR:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em DDH unilateral congênita;
2. AA + CCE;
3. Incisão longitudinal externa para (E) + disseção por plano do joelho da estrutura + LMC cecotina com SF 0.9% + indução óptica + calco e placa DCP de algodão + parafuso + Tatuagem da pele;
4. Curativo + Tala gesso ungueal pedicelada;
5. A RPA.

Roberto Roberto José
Otorrinolaringologista
CRM 122.402-2/RS

Dr. [Handwritten Signature]



GOVERNO DO ESTADO DE MARANHÃO
"A Unidade pelo Bem do Maranhão"

FICHA DE ANESTESIA

Bruno Rodrigo Almeida da Silva Ste

Emergência

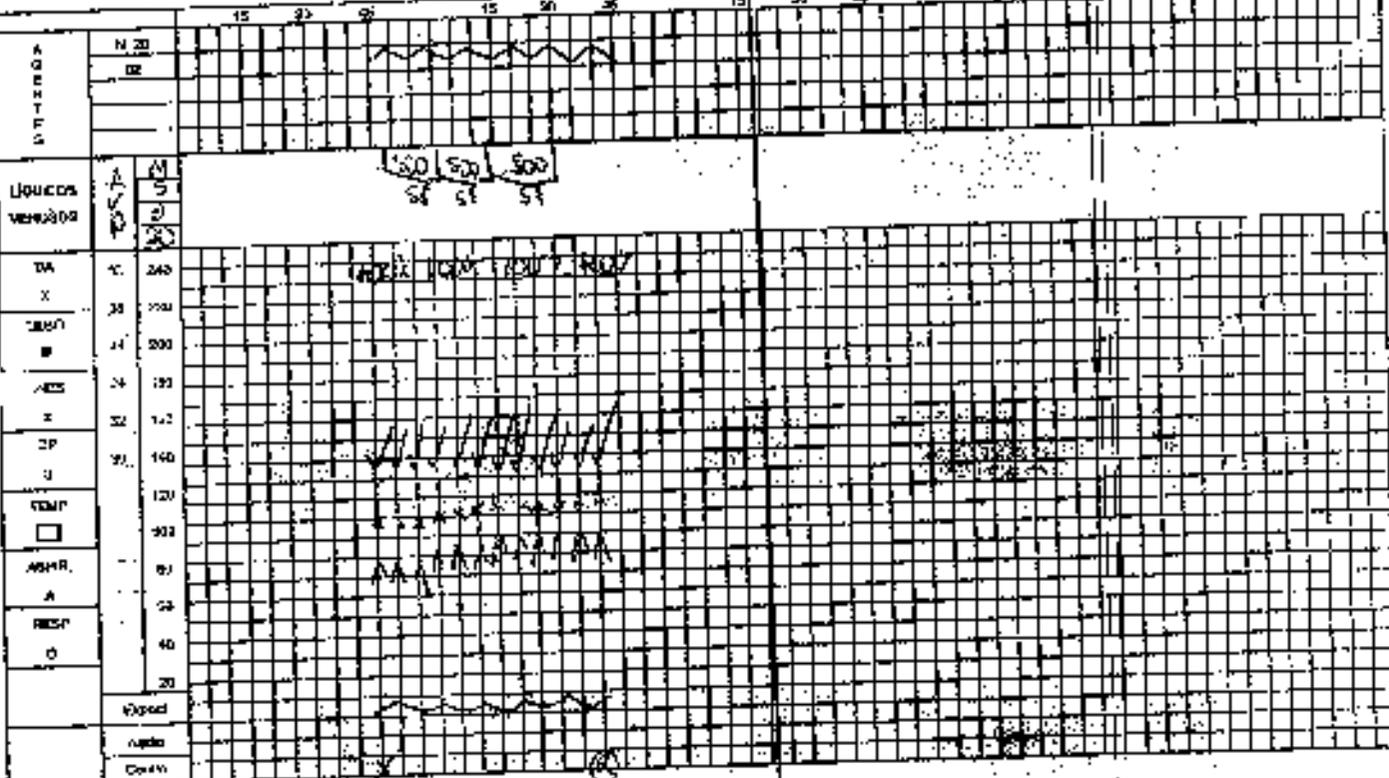
PRÉ-MEDICAÇÃO - CROSA - DOSE - HORAS - EFEITO

FNF

12.11.2018

2ch

2h



INDICADOR	VALOR	UNIDADE	INDICADOR	VALOR	UNIDADE
A	Necorino 0.5% 20mg		Ragunestina lombar		
B	Depirona 2g		unio mediano, L3/L4, 20mm		
C	Gredus 10+10		9% Gauril, liques 20ml		
D			Ventilacao espontanea		
E			50% O2		
F					
G					
H	GLIBOSE 1500ml		Temp. axilar 36.4		
I			Temp. retal 38.2		
J					
K					
L					
M					
N					
O					
P					
Q					
R					
S					
T					
U					
V					
W					
X					
Y					
Z					

ANOTACOES

x. Mombretização 220 - muosio
 O2 suplementar 2L
 1. Antisepsia local com 20ml de
 Povidon-iodo 10% L3/L4,
 Necorino 0.5% 20mls
 2. Capotafus 10mg
 3. Gredus 10mg
 x SRM
 Z

ANESTESIA: Dr. Tobias (R3) | DRUGO: Dr. Patric / Dr. Moraes / Dr. Fernando

OPERACAO: Oxiassintax tibio (C)

ANESTESIA: Dr. Tobias (R3)

DRUGO: Dr. Patric / Dr. Moraes / Dr. Fernando

PROVA DE SANGUE: TN

Wagner Thiago D. A. [Signature]

ANESTESIA: [Signature]



FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: FRANCO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA APT OU LEITO: 18314 Nº DO PRONTUÁRIO: 17 DATA: 14/11/18

CIRURGIA: OSTEOPERMESSE DE TIBIA ESQ.
TIPO: ORTOPEDIA
INICIO: 20:35 FIM: 22:20 TEMPO DE DURAÇÃO: 1:45
TEMPO TOTAL: 1:45

EQUIPE MÉDICA
ANESTESISTA: DR. P. P. P.
RES. ANESTESIA: DR. P. P. P.
INSTRUMENTADOR: DR. P. P. P.
CIRCULANTE: DR. P. P. P.
TEMPO DE DURAÇÃO: 1:45

TIP. ANESTESIA	MATERIAIS	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<u>AL</u>	POCS COMPRESSAS 01 UNID.			FRASCOS. SORO FISIOLOGICO 500ml	<u>24,80</u>
<u>AL</u>	FAIXA ESTERIL 10			FRASCOS. SORO RINGER LACTADO 250ml	<u>24,80</u>
<u>AL</u>	LUVA ESTERIL 7.5			FRASCOS. SORO DILUOSADO	
	LUVA ESTERIL 8.0			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTERIL 9.0			FIO MONOSYLON Nº	
	LUVAS PROCEDIMENTOS			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LAMINA ESTERIL Nº 21			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	DRENO DE SUÇÃO Nº			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE PERICÓRNEO			FIO PROLENE Nº	
	SERINGA 0.5 ML			FIO SEDA Nº	
	SERINGA 0.5 ML			SURGICEL	
	SERINGA 0.5 ML			CERA P/OSSE	
	SERINGA 1.0 ML			KIT CATARATA Nº	
	SERINGA 1.0 ML			GEOFOAM	
	SERINGA 1.0 ML			FITA CARDIACA	
	SERINGA 1.0 ML			OUTROS: <u>ORTOPEDIA</u>	

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

COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA
R. N. Siqueira, 1553
Jardim - 05041-070
POCA VISTA - P.O. Caixa Postal 95177-41130

DANFE
Documento Auxiliar do
Fiscal Eletrônico

DESTINATARIO
1 - SAUDIA

Nº. 000.000.212
Série 001
Página 2/2



4412 0584 0362 0000173 5500 1000 0002 1219 3457 7910

Consulência autônoma de trabalho regional nacional do NRE
www.nre.tazemil.gov.br
Portal no msa de Sertão - Autorizada

314130000817573 - 30/05/2012 06:16:25

VENDA MERCADO REC TERCEIROS DA F

84.056.268/0001-73

QUANTIDADE	UNIDADE	VALOR UNITARIO	VALOR TOTAL	DESCONTO	VALOR LIQUIDO	ICMS	VALOR ICMS	VALOR BASE	VALOR ICMS DEB	VALOR ICMS CRED	VALOR ICMS LÍQUIDO	VALOR TOTAL
200	CAIXA	250,00	50.000,00	0,00	50.000,00	12,00%	6.000,00	44.000,00	6.000,00	0,00	6.000,00	56.000,00
100	CAIXA	100,00	10.000,00	0,00	10.000,00	12,00%	1.200,00	8.800,00	1.200,00	0,00	1.200,00	11.200,00
50	CAIXA	50,00	5.000,00	0,00	5.000,00	12,00%	600,00	4.400,00	600,00	0,00	600,00	5.600,00
25	CAIXA	25,00	2.500,00	0,00	2.500,00	12,00%	300,00	2.200,00	300,00	0,00	300,00	2.900,00
12	CAIXA	12,00	1.200,00	0,00	1.200,00	12,00%	144,00	1.056,00	144,00	0,00	144,00	1.400,00
6	CAIXA	6,00	600,00	0,00	600,00	12,00%	72,00	528,00	72,00	0,00	72,00	600,00
3	CAIXA	3,00	300,00	0,00	300,00	12,00%	36,00	264,00	36,00	0,00	36,00	336,00
1	CAIXA	1,00	100,00	0,00	100,00	12,00%	12,00	88,00	12,00	0,00	12,00	100,00
200	CAIXA	250,00	50.000,00	0,00	50.000,00	12,00%	6.000,00	44.000,00	6.000,00	0,00	6.000,00	56.000,00
100	CAIXA	100,00	10.000,00	0,00	10.000,00	12,00%	1.200,00	8.800,00	1.200,00	0,00	1.200,00	11.200,00
50	CAIXA	50,00	5.000,00	0,00	5.000,00	12,00%	600,00	4.400,00	600,00	0,00	600,00	5.600,00
25	CAIXA	25,00	2.500,00	0,00	2.500,00	12,00%	300,00	2.200,00	300,00	0,00	300,00	2.900,00
12	CAIXA	12,00	1.200,00	0,00	1.200,00	12,00%	144,00	1.056,00	144,00	0,00	144,00	1.400,00
6	CAIXA	6,00	600,00	0,00	600,00	12,00%	72,00	528,00	72,00	0,00	72,00	600,00
3	CAIXA	3,00	300,00	0,00	300,00	12,00%	36,00	264,00	36,00	0,00	36,00	336,00
1	CAIXA	1,00	100,00	0,00	100,00	12,00%	12,00	88,00	12,00	0,00	12,00	100,00

UNIDADE DE VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA

ANTES DA INICIATIVA

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Nome: Dr. Bruno Rodrigues de Almeida dos Santos
 Endereço: Av. Bolívar

Anestesiista: Dr. Felipe Francisco

~~SAÍDA~~ Sala Operatória

~~SAÍDA~~ Sala de Operações

~~SAÍDA~~ SAÍDA

CONFIRMA QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE AUTOPREENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO: Sim () Não

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

() Sim () Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO Sim () Não

() Sim () Não se aplica

Identificação do paciente Sim () Não

() Sim () Não se aplica

EXERCÍCIOS CRÍTICOS PREVENTIVOS: Sim () Não se aplica

() VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA ANESTÉSICA CONCLUÍDA

REVISÃO DO CIRURGIÃO: Sim () Não se aplica

() CONTINUAÇÃO DE PULSO NO PACIENTE EM PROCEDIMENTO

O PACIENTE POSSUI:

ALERGIA CONHECIDA

() Sim () Não

ÁREA DE RESPONSABILIDADE DE ASPIRAÇÃO

() Sim, e que gradualmente esteja disponível

PREÇO DE TUBO GANGLINHA > 500 ml

() Não

() Sim, e que esteja devidamente adequadamente planejado para fluidos

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Sim () Não se aplica

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: Sim () Não se aplica

Os materiais necessários, como instrumentação, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (incluindo resultado de indicação). Há questionar relacionar a equipamentos ou qualquer questionar.

A PROBLEMA ANTIMICROBIANA FOI REAJUSTADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS.

Se aplicável: Sim () Não se aplica

AGENCIAS ESSENCIAIS ESTÃO DISPONÍVEIS. Sim () Não se aplica

2. SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETIAS Sim () Não se aplica

3. COMO ANESTESIA PARA ANESTESIOLOGIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE) Sim () Não se aplica

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

() O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISAM PREOCUPAÇÕES ESSENCIAIS PARA A RECUPERAÇÃO E O MANEJO DESTES PACIENTES Sim () Não se aplica

Assinatura do L. Siqueira
 Enfermeiro
 -Operatório

Assinatura e Carimbo

Data: _____ Assinatura: _____ Hora: _____

Bloco F / Lt. 04



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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	Bruno R. A. de Sousa	
DIAGNÓSTICO	Fr.úmero (E) + Ex. canal do dedo (E)	
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
UFM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	SAB
2	AVP	manhã
3	CFFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/8H	22.04.10.10
4	TENOXCAM 20MG EV DE 12/12H	S/N
5	DIPRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/8H	24.06.12.18
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR	SE ENGA S/N
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)	S/N
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
9	RANITIDINA 50MG DF 8/8H EV S/N	S/N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
11	CURATIVO DIARIO	curativo
12	SSVV + COGG 6/8 H	rolap
13	Glibenclamida 240 EV 1 Vid	(24) vid
14	Selenio 40g 5L 1 Vid (Sulfato)	
15		
16		
17		
18		
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)	
20	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:

NIR
Regulado
para leito
DI BLF II
Regulação Interna

Dr. [Assinatura]
Médico Agente
Ortopedia e Traumatologia
CURP 1944

SINAIS VITAIS			
6 H	120 + 70	80	36c
12 H	120		
18 H			
24 H			

F 04



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO R. A. DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	Fratura Fechada do 3º + fr. exp. omopl. da R. braço (3)				
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2	NEGA	
IDADE	LEITO		DATA	18/11/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SUP
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				regular
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H				18/11/2018
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18/11/2018
5	DIPIRONA 2ML EV 8/8 SN				SU
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA				SU
7	PLASPL 10 mg EV 8/8h (S/N)				SU
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N				SU
9	SIMETIDONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SU
10	SSVV + COGG 6/6 H				Regular
12	CAPTOPRIL 75MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMMHG				SU
14	CURATIVO DIÁRIO				curativo
15	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA				OC/NTP
16	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				OC/NTP
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).				SU
19	CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 8UI;				
20	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D/LM; GLICOSE > 50%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX
6 H	115/70	81	37.8°C
12 H	135/68	102	35.7°C
18 H	120/82	85	
24 H	117/64-104		37.9°C

DR. MARCELO VILHEIM
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

LT 04

04



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEdia E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MEDICA



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	Ronaldo R. A. SILVA		
DIAGNÓSTICO	Fratura torax fêmur E + FX EXP. OROS DA PEINA (E)		
ALERGIAS	HAS	DM2	
IDADE	LEITO	DATA	29/11/19
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	AVP		
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 8/8H	tc	24:00
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H	tc	06
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H	tc	24:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 6/8h (S/N)		
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
11	CURATIVO DIARIO		
12	SSVV + CCGG 6/6 H		
13	SANTALIMINA 240mg EV 1x/DA		20
14	CLEXANE 40 mg SC 1x/DA		
15			
16			
17			
18			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)		
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DM/L, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.		

EVOLUÇÃO MEDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D	O
6 H	140 x 70	83	36.5	+	+
12 H	120 x 70	97	37.7	+	+
18 H	128 x 74	99	36.6°		FM 19
24 H	123 x 88	87	36.8°		

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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:	
Nome Completo:	Idade:		Sexo:	() F () M
Emergência:	Hipótese Diagnóstica:			
Voluntário ou Forçado(a):	() Sim () Não	() Pacífico () Contarço	() Otitite - aerossol () Otitite - contagiosa	
Alergia:	() Não (Qual(is)):			
Necessidade de intérprete?	() Sim () Não	Qual idioma:		
Assistido acompanhado:	() Sim () Não	Obs:		
Diagnóstico vital:	Normal () Sem nomenclatura () Acamado () Cadeira de rodas () Traço () Comprometido/camisa aberta			

SISTEMA NEUROLÓGICO <input checked="" type="checkbox"/> Consciente () Desorientado <input type="checkbox"/> Orientado () Desorientado <input type="checkbox"/> Tônico () Flácido <input type="checkbox"/> Apático () Reage a estímulos () Não reage PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> Anisocóricas () Mióticas () Midriáticas <input type="checkbox"/> Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes REGULAÇÃO TÉRMICA <input checked="" type="checkbox"/> Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril () Febre () Praxia <input type="checkbox"/> Hiperreflexo	SISTEMA CARDIOVASCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Normotensivo () Hipotensivo () Taquicárdico () Bradicárdico <input type="checkbox"/> Hipertensivo () Hipotensivo () Hipertensão () Hipotensão <input type="checkbox"/> Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> SNG/SOG () SNE/SOE () ST () NT Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial Emulsões: () Presente () Absente () Colostomia () Normal () Diarréia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Absente
---	---

CARACTERÍSTICAS DA PELE <input checked="" type="checkbox"/> Úmida () Desidratada () Ressecada <input type="checkbox"/> Escarificada () Hipocrômica () Hipercrômica <input type="checkbox"/> Anemica () Ictérica () Cianótica <input type="checkbox"/> Escoriação () Exema (local) Úlcera por pressão: () Sim () Não Resina: _____ Curativo realizado: () Sim () Não () Sim () Não	REGULAÇÃO ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido <input type="checkbox"/> Ascítico () Murço () Empunhado Ruídos hidroacústicos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não () Sim () Não SISTEMA URINÁRIO / DIURESE <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria <input type="checkbox"/> Prúria () Disúria () Catúria () Hematúria <input type="checkbox"/> Clotostomia () Irrigação contínua () Urupun
--	---

SISTEMA RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico () Bradipneico () Taquipneico <input type="checkbox"/> Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____	() Despreico () Ambiente () Paquetotomia
--	---

CONTROLE DE CATÉTERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não Cateter Central: () Sim () Não Sinais de infecção no sítio de punção: () Sim () Não Sondas: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não () SNG () SOE () SNE () SOE () SSI () SVE () Sifonagem Prófese: () Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Local: <u>MSE</u> Data: <u>17.1.18</u> Local: _____ Curativo realizado em: _____ Aspecto da secreção: _____ Data de fraturação: _____ Trocar em: _____ Tipo: _____ Local: _____	Trocar em: _____ Trocar em: _____ Trocar em: _____ Trocar em: _____	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> Desequilíbrio <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de pneumonia instável <input type="checkbox"/> Risco de desconforto do volume de líquidos <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Intolerância intestinal <input type="checkbox"/> Risco de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Condição prejudicada	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida <input type="checkbox"/> Processos fisiológicos disfuncionais <input type="checkbox"/> Risco de queimaduras <input type="checkbox"/> Risco de lesões térmicas na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Risco de aspiração <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada		



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN		
PACIENTE		BRUNO R. A. SILVA		E 04		
DIAGNÓSTICO						
ALERGIAS		HAS		NEGA		
IDADE		LEITO		DM2		
ITEM		PRESCRIÇÃO		HORÁRIO		
1	DIETA ORAL LIVRE			S/N		
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			S/N		
3	CEFALOTINA 1G EV 6/6H			S/N		
4	TILATIL 20MG EV 12/12H			S/N		
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN			S/N		
6	TRAMAL 100MG + SF 0.8% EV OU 01 GP VO DE 8/8h SE DOR INTENSA			S/N		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			S/N		
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N			S/N		
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			S/N		
10	SSVY + CCGG 6/6 H			S/N		
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG			S/N		
14	CURATIVO DIÁRIO			S/N		
15	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA			S/N		
16	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA			S/N		
17				S/N		
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 QU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50%					
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA					

Manter
20/11/2016
18:00

Medina
S/N
Elaquiso
(20) S+F
(10)

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA

Dr. Marcos Brunner
Médico Clínico
Ortopedia e Traumatologia
CRM 157119

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS	TA	FC	SR	PA
6 H	120/70	75		36
12 H	110/40	85		37
18 H	110/80	70		36
24 H	100/70	82	20	36,8



Atendimento Hospitalar e das Feridas
 Especialidade: Cirurgia - HGR

Protocolo nº 1 | Versão: 03 | Data de Atualização:
 Fevereiro 2013
 Atualizada: Janeiro / 2015
 ENE/LEITO: 04

Paciente: Bruna Rochizo Almeida de Silva

DATA: <u>20/11/18</u>	Localização / Região: <u>MJE</u>	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 <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neurogênica <input checked="" type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Queimadura
Características da Ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm
Aparência do Leito:	<input checked="" type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escarcos <input type="checkbox"/> Tecido necrótico <input type="checkbox"/> Escara
Qualidade de Base da Ferida:	<input type="checkbox"/> Úmida, molhada <input type="checkbox"/> Úmida, seca <input checked="" type="checkbox"/> Úmida, abundante
Tipo do exsudato:	<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Sero-sanguíneo
Dor:	<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input checked="" type="checkbox"/> Sem odor
Condição da pele Periférica:	<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
Solução para limpeza:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outro: _____
Cobertura primária (Contato direto na lesão):	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Cúria <input type="checkbox"/> Outros: _____
Hora de curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde
Data da Próxima troca:	<u>21/11/18</u>
Carimbo e ass. Téc. em Enfermagem	<u>Mônica de Souza</u> <u>Edomir de Almeida</u>
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro	<u>Edomir de Almeida</u> CODEN: RR 501795/TE

OBS: A Coltra está quebrada na parte de baixo da Perna esquerda

Este documento adaptado do SUSEMPLS, versão original de São Carlos, Rio de Janeiro e Curitiba, Solutions Programa. Os pacientes com 93 ou mais feridas, estas devem ser avaliadas regularmente.

404-3 F-04



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE BRUNO R. A. SILVA			
DIAGNOSTICO			
ALERGIAS		HAS	NEGA
IDADE		LEITO	DM2
ITEM		DATA	
		PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE		HORARIO
2	ACESSÓRIO VENOSO PERIFÉRICO		S/N/D
3	CEFALOTINA 1G EV 6/8h		MANEHA
4	TILATIL 20MG EV 12/24h		18:00 24:00 06:00 12:00
5	DIPIRONA 2VLE EV 6/8h S/N		18:00 24:00 06:00 12:00
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% FV OU 01 CP VO DL 8/8h SE DOR INTENSA		S/N 24
7	PLASIL 15 mg EV 8/8h (S/N)		S/N
8	RANITIDINA 50MG LV 8/8h S/N		S/N
9	SIMPLICONA GOTAS 40 GOTAS VO DL 8/8 h (S/N)		S/N
10	SSVV + COGG 6/6 h		S/N
11	CAPTORIL 25MG VO SE PAS > 150 E/OU PAD > 113 MMMHG		ATENÇÃO
12	CURATIVO DIARIO		S/N
13	CENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA		CURATIVO
14	CLEXANL 45MG SC 1X/DIA		(16) NTF
15	SF DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)		
16	CONFORME ESQUEMA 200-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI;		
17	351-400 8UI; ≥ 400 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 D. /ML, GLICOSE 50%		
18	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		ATENÇÃO

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	P	TAT	Fq.
6 H	124x78	77	36	18
12 H	129x78	77	36.5	19
18 H				
24 H	124x78	86	35.2	20

Dr. Marcus Brynner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 18717/R

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

JOH PA 113160

P 87
T 37.0
R 20



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

04

Bloco: D Data: 21/11/18 Enfermeira: Luiz Leito: 3
 Nome Completo: Bruno Rodrigo Almeida de Sá Idone: _____ Sexo: M
 Profissão: _____ Histórico Diagnóstico: Ex farma E + Ex captação fibra E
 Colocação de Tórax () Sim (X) Não () Abdô () Pulmão () Cateter () Garganta - aerossol () Garganta - irrigação
 Mergulho () Sim (X) Não Qual(is): _____
 Necessidade de Injeção () Sim (X) Não Ula Colônia: _____
 Presença de acompanhante: (X) Sim () Não Obs: _____
 Distribuição () Normal () Sem distribuição (X) Acumulado () Cadira de rodas () Fraca () Queixas/medicamentos

SISTEMA NEUROLÓGICO <input checked="" type="checkbox"/> Consciente () Orientado () Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado () Torpido () Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado () Reage a estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Normotônico () Bradicárdico () Taquicárdico BC: _____ <input type="checkbox"/> Normotense () Hipotensão () Hipertensão PC: _____ <input type="checkbox"/> Pulso Cheio () Tiliiforme () Arritmico Pulm: _____	
PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> Fotorreagentes () Mióticas () Mídriáticas <input type="checkbox"/> Isocóricas () Anisocóricas () Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> VU () SNG/SNG () SNE/SOE () GIT () NPT Adaptação da dieta: (X) Sim () Não () Parcial Puação/Dieta: (X) Presente () Ausente () Colostomia <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Diarreia () Constipação () Melena Flatos: () Presente () Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA <input checked="" type="checkbox"/> Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febre () Febre () Pirexia <input type="checkbox"/> Hipopirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL <input type="checkbox"/> Normotensa () Distendida () Tenso (X) Ráido <input type="checkbox"/> Ascítico () Maciço () Impávido Ruidos Hidroáereos: () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não FO: () Sim () Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE <input checked="" type="checkbox"/> Hidratada () Desidratada () Teseçada <input type="checkbox"/> Normoxiada () Hipoxiada () Hipercoriada <input type="checkbox"/> Anictérica () Ictérica () Cianótica <input type="checkbox"/> Acianótica () Edema Local: _____ Cicatrizes por pressão: (X) Sim () Não Região: _____ Curativo realizado: (X) Sim () Não FO: (X) Sim () Não		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE <input type="checkbox"/> Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria <input type="checkbox"/> Poliúria () Disúria () Colúria () Hematúria <input type="checkbox"/> Costostomia () Irrigação contínua () Uropen	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> Eupneico () Bradipneico () Taquipneico () Dispneico () Ar ambiente () Traqueostomia Oxigenoterapia () Sim (X) Não Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES Cateter Periférico: (X) Sim () Não Local: <u>INS</u> Data: <u>20/11/18</u> Trocar em: _____ Cateter Central: () Sim (X) Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de infecção no sítio de inserção: () Sim () Não Sondas: () Sim (X) Não () SNG () SNG () SNG () SOE () GTT () Sifonagem () Sifonagem Tipo de: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim (X) Não Data de instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese () Sim (X) Não Tipo: _____ Local: _____			

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
<input type="checkbox"/> Degradação	<input type="checkbox"/> Risco de aspiração mecânica	
<input type="checkbox"/> Risco de queda de nível	<input type="checkbox"/> Deficit no autocuidado para alimentação	
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Deficit no autocuidado para banho/higiene	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida	
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais	
<input type="checkbox"/> Diarreia	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de queda <u>causa</u>	
<input type="checkbox"/> Incontinência intestinal	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	
<input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor aguda	
<input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada	<input type="checkbox"/> Dor crônica	
<input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea	
<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	
<input type="checkbox"/> Confusão prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	
	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	



Associação Brasileira das Feridas
 Associação de Feridas - ABRFER

Protocolo nº 14 - Versão 01
 Atualizada Janeiro / 2015
ENF/LEITO: F04

Leito de Hospedagem
 Fevereiro 2015

404-3

Nome: Luana Cortico		Localização / Região: INTE		Localização / Região:	
DATA: 21/11/17				DATA:	
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - I <input type="checkbox"/> GRAU - II			
Etiologia:		<input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> I - II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Outras:		<input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> I - II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Venosa <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Neuropática <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Traumática <input type="checkbox"/> Outras:	
Tamanho da Ferida:		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm		Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm	
Aparência do Leito:		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escaras <input type="checkbox"/> Escaras		<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> com escaras <input type="checkbox"/> Escaras	
Quantidade de Exsudato:		<input type="checkbox"/> seco <input type="checkbox"/> mínimo <input type="checkbox"/> úmido <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> abundante		<input type="checkbox"/> seco <input type="checkbox"/> mínimo <input type="checkbox"/> úmido <input type="checkbox"/> moderado <input type="checkbox"/> abundante	
Tipo de exsudato:		<input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento		<input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento	
Dor:		<input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Olor:		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> Sem odor		<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Periférica:		<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor	
Solução para limpeza:		<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outros:	
Cobertura primária (Contato direto na lesão):		<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Sulfazilazina de Prata <input type="checkbox"/> Outros:		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno <input type="checkbox"/> Sulfazilazina de Prata <input type="checkbox"/> Outros:	
Hora do curativo:		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde		<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima Avaliação:		<input type="checkbox"/> Menos de 1 de 2 dias		<input type="checkbox"/> Menos de 1 de 2 dias	
Assinatura e Assinatura do Enfermeiro:		01-		02-	
OBS:		OBS:			

DIÁRIO

01-

404-3



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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
AGNÓSTICO: FX DIÁFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E		
ALERGIAS	HAS	SIM
IDADE: 31	LEITO	404-3
ITEM	PRESCRIÇÃO	DATA: 23/11/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA	S/N
2	AVP	S/N
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR	S/N
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	16:24:08
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	S/N
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H OU 1CP 500MH VO 6/8HR	S/N
10	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	18:24:06
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	S/N
13	CURATIVO DIÁRIO	S/N
14	SSVV + CCGG 6/6 H	M
15	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR	18:24:06
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA	18:24:06
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	18:24:06
18		
19		
20		
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, AMICTÉRICO, AFÉBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	151/88	80	20	36,8°C
18 H	140/70	82	20	37,3°C
24 H	139/85	91	19	36,2°C
06H/14/1881	801	201	36°C	

Dr Marcos Aguiar
 CRM 1595
 Residente De Ortopedia
 Traumatologia



acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 1 Versão: 01

Revisão: Fevereiro 2013

Atualizada: Janeiro / 2015

ENT/LEITO: 404-3

NOME: Bruno Rodrigo Almeida da Silva

DATA: 22.11.15



GRAU - I
GRAU - II

DATA:
 GRAU - I
 GRAU - II

Etiologia

Pressão - I - II - III - IV Úlcera de Artéria Clássica
 neuropática cirúrgica Trauma radiat:

Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
 neuropática cirúrgica Trauma radiat:

Tamanho da Ferida:

Comprimento: _____ cm
Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Comprimento: _____ cm
Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

aparência do Leito:

Tecido de granulação com esfacelo
 Tecido necrótico

Tecido de granulação com esfacelo
 Tecido necrótico Escara

Quantidade de Exsudato:

seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado úmido, abundante

seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado úmido, abundante

Tipo de exsudato:

Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serososanguíneo

Seroso Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Serososanguíneo

Dor:

Sim Não
 evidente na colocação da cobertura a beira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem dor

Sim Não
 evidente na colocação da cobertura a beira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem dor

Condição da pele Periférica:

Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Fimido Outras

Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Prurido Outras

Solução para limpeza

Sol. Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outro:

Sol. Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outro:

Cobertura primária (Contato direto na lesão):

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfazina de Prata
 AGE Outro:

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfazina de Prata
 AGE Outro:

Tempo do curativo:

1 hora 2 horas
 3 horas 4 horas

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sulfazina de Prata
 AGE Outro:

Em caso de + de 24hs

Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem

Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem
Liliane Costa Cordeiro
Téc. de Enfermagem
CORENOR RJ 367.175

Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem
Iris Simões M. de Oliveira
CORENOR RJ 367.175

Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

OBS:

OBS:



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

4043

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____

PACIENTE **BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA**

AGNÓSTICO **FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E**

ALERGIAS _____ HAS _____ SIM _____ DM? _____

IDADE **31** LEITO **404-3** DATA **23/11/2018**

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL PAS + LAXATIVA	
2	AVP	
3	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR	
4	CELECOXIB 400 MG EV 01 X DIA S/N	
5	PLASIL 100MG EV 8/8/1 S/N	
6	DIPIROXONA 1G EV DE 6/8H OU 1CP 500MH VO 6/8HR	
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 10 MMHG	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR	
13	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA	
14	GLEFXANE 40MG SC 1X DIA	
15		
16		
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 U/LM: GL COSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA	

Handwritten notes and signatures:
 8/26/24
 12/26/24
 12/26/24

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEitado NO LEITO, AT VO, REFATIVO.
 COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO: BGL, LOIT, ACIANÓTICO, ANICÉTRICO, AFRRE, LUPNFICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	136/72	81	20	35.8
18 H	130/80	79	20	36.0
24 H	140/70	81		36.2

Dr. Marcos Araújo
 CRM 1985
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

Colocar soro de hidratação oral

Administrar analgésico e antitérmico quando necessário

Administrar medicamentos prescritos

Administrar soro e administrar de acordo com

Administrar soro de acordo com

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

PERÍODO VESPERTINO
 Período quente ao
 lado da febre

Ass: [Signature]

AVULSÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

Período quente ao lado da febre
 febre e alteração de S.V.C.

Ass: [Signature]

PERÍODO VESPERTINO

PERÍODO VESPERTINO
 Período quente ao lado da febre
 febre e alteração de S.V.C.

Ass: [Signature]

PERÍODO NOTURNO

PERÍODO NOTURNO
 Período quente ao lado da febre
 febre e alteração de S.V.C.

Ass: [Signature]



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

Bloco:	Data:	Enfermagem:	Leito:	
Nome Completo:		Idade:	Sexo:	() M () F
Procedência:		Hipótese Diagnóstica:		
Isolamento ou Precaução: () Sim () Não	() Padrão () Contato () Gotícula aerossol () Gotícula - pediculosa			
Alergia: () Sim () Não	Qual(is):			
Necessidade de Intérprete? () Sim () Não	Qual idioma:			
Posto acompanhante: () Sim () Não	Obs:			
Desambulação: () Normal () Sem desambulação () Acamado	Adesão de rodas () Freca () Comprimento/ambaleante?			

<p>SISTEMA NEUROLÓGICO</p> <p>() Consciente () Orientado () Desorientado</p> <p>() Sedado () Torpado () Comatose</p> <p>() Ataxico () Rango e estímulo () Reflexos</p> <p>PUPILAS</p> <p>() Poroconstritas () Mióticas () Mioticas</p> <p>() Heterocóricas () Anisocóricas () Não reagentes</p> <p>REGULAÇÃO TÉRMICA</p> <p>() Normotérmica () Hipotérmica () Hiper-térmica</p> <p>() Febril () Febre () Piraxia</p> <p>() Livre e fácil</p> <p>CARACTERÍSTICAS DA PELE</p> <p>() Hidratada () Deidratada () Ressecada</p> <p>() Non-injerada () Hipercorada () Hipercorada</p> <p>() Acicrérica () Anórica () Claudicante</p> <p>() Adanótica () Colerica local</p> <p>Úlcera por pressão () Sim () Não</p> <p>Região: _____</p> <p>Curativo realizado: () Sim () Não</p>	<p>SISTEMA CARDIOVASCULAR</p> <p>() Normotênico () Braquiálico () Taquicárdico</p> <p>() Normotênico () Hipotênico () Hipertensão</p> <p>() Pulso cheio () Pulso fraco () Arritmico</p> <p>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</p> <p>() VO () SNG/SOG () SNG/SOE () GTT () NPT</p> <p>Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial</p> <p>Evacuação: () Presente () Ausente () Retenção</p> <p>() Normal () Diarreia () Constipação () Vômito</p> <p>Hálito: () Presente () Ausente</p> <p>REGULAÇÃO ABDOMINAL</p> <p>() Normotensa () Distendida () Glóbulo</p> <p>() Ascítica () Ascítica () Timpanico</p> <p>Ruidos hidroacústicos: () Presente () Ausente</p> <p>Visceromegalias: () Sim () Não</p> <p>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</p> <p>() Espontânea () SVD () Anúria () Oligúria</p> <p>() Polúria () Disúria () Colúria () Hematúria</p> <p>() Distensão () Irrigação contínua () Hiccup</p>
---	---

<p>SISTEMA RESPIRATÓRIO</p> <p>() Eupneico () Bradipneico () Taquipneico</p> <p>Oxigenoterapia: () Sim () Não</p> <p>Qual: _____</p>	<p>() Hipneico () Espneico () Ar ambiente</p> <p>() Traqueostomia</p>
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PROTÊSES	
<p>Cateter Periférico: () Sim () Não</p> <p>Cateter Central: () Sim () Não</p> <p>Sinais de infecção no sítio da punção:</p> <p>() Sim () Não () SNG</p> <p>Órgão do: _____</p> <p>Cateter Vesical: () Sim () Não</p> <p>Prétese: () Sim () Não</p>	<p>Local: _____ Data: _____</p> <p>Local: _____ Curativo realizado em: _____</p> <p>() Sim () Não</p> <p>() SOG () SNE () SOE () GTT () Lavagem () Sifonagem</p> <p>Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____</p> <p>Data da instalação: _____ Trocar em: _____</p> <p>Local: _____</p>

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
<p>() Deglutição</p> <p>() Risco de nutrição desequilibrada</p> <p>() Risco de glicemia instável</p> <p>() Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</p> <p>() Volume de líquidos excessivo</p> <p>() Volume de líquidos deficiente</p> <p>() Eliminação urinária prejudicada</p> <p>() Risco de constipação</p> <p>() Diarreia</p> <p>() Incontinência fecal</p> <p>() Podão de sono prejudicado</p> <p>() Monitoria fática prejudicada</p> <p>() Integridade da pele prejudicada</p> <p>() Risco de integridade da pele prejudicada</p> <p>() Contato prejudicado</p>	<p>() Padrão respiratório instável</p> <p>() Déficit na autocuidado para alimentação</p> <p>() Déficit na autocuidado para banho/higiene</p> <p>() Conhecimento deficiente</p> <p>() Comunicação verbal prejudicada</p> <p>() Risco de dignidade humana comprometida</p> <p>() Processos familiares disfuncionais</p> <p>() Risco de queda</p> <p>() Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</p> <p>() Dor aguda</p> <p>() Dor crônica</p> <p>() Náusea</p> <p>() Risco de broncoespasmo</p> <p>() Risco de infecção</p> <p>() Ventilação espontânea prejudicada</p>

404-3



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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
AGNÓSTICO FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E		
ALERGIAS	HAS	SIM
IDADE 31	LEITO 404-3	DM2
PRESCRIÇÃO		DATA 11/2018
ITEM		HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA	SUB
2	AVP	08:00
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR	SUB
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	SUB
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	SUB
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H OU 1CP 500MH VO 6/8HR	SUB
10	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SUB
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SUB
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	SUB
13	CURATIVO DIÁRIO	Relatório
14	SSV + CCGG 8/8 H	Relatório
15	GLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR	SUB
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA	SUB
17	GLEXANE 40MG SC 1X DIA	SUB
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	SUB
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS	SUB
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1X DIA	SUB

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA . 200-750. 200-250. 200-1000. 400-500-500. 0UI; 550-1000. 8UI; 2-400. 10 UI E CU GLUCOSE F < 70 DL/ML, GLUCOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

CG - PA - 108/73 P.76 T=36.2

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130 x 80	99	20	36.0°
18 H	124/63	92		36.4°
24 H	128/97	93	20	37.6

Dr Marcos Aguiar
CRM 1095
Residente em Ortopedia e Traumatologia

Duas oreas 89 dias. Adm. instruido medicaçao + SV de Inca conforme PM + troca de AVP. gelco 29, MSD. --- aux.

Acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HCR

Processo nº 1 / 2013 / 2013

Atualizada: Janeiro / 2013

ENF/LEITO: 404-3

Bruno Rodrigues

Localização / Região

Quilômetro

24.11



DATA: 24.11



GRAU I

GRAU II

Pressão - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
 Isotérmica Hipertrófica Traumática
 Comprimento: 5cm Linear Est
 Profundidade: 5cm
 Tipo de granulação: em escudo
 Tipo de necrose: Sem, mínimo limbo, pouco
 Intenç. moderada malhaço, abundante
 Seroso Fibrinoso Sangüíneo
 Purulento Serososanguíneo
 odor: Não
 evidente na remoção da cobertura a beira do leito
 evidente ao entrar no leito Sem odor
 Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Amarelado Outras

Pressão - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
 Isotérmica Hipertrófica Traumática
 Comprimento: 5cm Linear Est
 Profundidade: 5cm
 Tipo de granulação: em escudo
 Tipo de necrose: limbo, pouco
 Intenç. moderada malhaço, abundante
 Seroso Fibrinoso Sangüíneo
 Purulento Serososanguíneo
 odor: Não
 evidente na remoção da cobertura a beira do leito
 evidente ao entrar no leito Sem odor
 Normal Macerada seca Eritema / Rubor
 Amarelado Outras

Solução Fisiológica 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outros:

Solução Fisiológica 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Outros:

Gaze Coligênese
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outros:

Gaze Coligênese
 Fibrinase Sulfadiazina de Prata
 AGE Outros:

Bandagem Terciô

Bandagem Terciô

Diana
 J. Jooia Dore Patua Laureta
 CRP RR 407 031 - TE

Diana
 J. Jooia Dore Patua Laureta
 CRP RR 407 031 - TE

Katiana Silva Rodrigues
 CRP RR 415 275

OBS:

404.3

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

26 11 18
Colcha 03



DATA DE ADMISSÃO		D:H		DN	
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA					
DIAGNÓSTICO FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E					
ALFAGIAS	HAS	SIM	DM2		
IDADE 31	LEITO	404-3	DATA	25/11/2018	
HORA DO					
PRESCRIÇÃO					
1	DIA ORAL HAS + LAXATIVA				
2	AMP				
4	OLEO MINERAL 20 ML 8/8HR				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	FLASIL 10MG LV 8/8 H S/N				
9	DIFIRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR				
10	TRAMAL 100MG + SFC 9% 10CM EV UF 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 TB VO SL PAS > 150 E OJ PAD > 10 MMHG				
12	SMEFICONA 1 CP OU 10 GOTAS VO 8/8 HRS S/N				
13	DIRATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + DCGG 8/8 h				
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				
17	GLEXANE 40MG SC 1X DIA				
18	NORFLOXIM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
19	SULFATO FLUROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS				
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 31 COMP VO 1XDIA				

Handwritten notes and signatures in the right margin, including circled numbers and names like 'NTE' and 'NTE'.

GLIBOSEMIAS: 117/87, 118/92, 116/94
GLICOSE: 93, 98, 97
HbA1c: 36,7%, 36,6%, 36,6%

EVOLUÇÃO MÉDICA:

WENCON: BO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES EXAME FÍSICO: BFG, LOTE, ACIANÓTICO, ANCTÉRICO, AFEBRIL, LUPNEICO, NORMOCEDRADO, HIDRATADO. PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TEMP
12 H	117/87	93	19	36,7%
18 H	118/92	98	13	36,6%
24 H	116/94	97	-	36,6%

Dr Marcos Aguiar
CRM 1985
Residente de Ortopedia e Traumatologia

DETA 93VV
PA 117 X 74
FC 80
TAX 36,6%

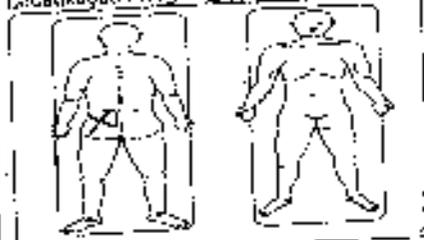
Tec. Avelina

07 as 19 hs. Pac. sem queixas administrada medicação e pm, afim de sinais vitais, funções fisiológicas presentes, sem auxilio de oxigeno (4)

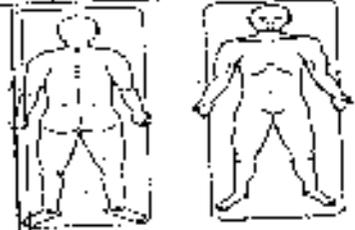
BRUNO RODRIGO A. DA SILVA
GLUTEO

DATA: 25/03/18

Localização / Região



Localização / Região



DATA:

GRAU - I

GRAU - II

Diagnóstico

Pressão I - II - IV venosa arterial Márbida
 náuseica distroica Trauma "outro"

Tamanho da ferida:

Comprimento: _____ cm
Largura: _____ cm

Profundidade da ferida:

Profundidade: _____ cm

Características da ferida:

Tecido de granulação com esfacelo
 Tecido necrótico

Tipos de exudato:

seco, mínimo úmido, pouco
 úmido, moderado úmido, abundante

Cor:

Seroso Fibrinoso Sanguinolento

Odor:

Normal Maderado seca Eiterno / Rufo

Tratamento da ferida:

Purido Outros

Solução para limpeza:

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4%

Cobertura primária (Gratula direta ou não):

Soro Colágeno
 Fibrinase Bandagem de Prata
 AGE Outros

Nome do curativo:

Adesivo Targa

Data da próxima troca:

DIÁRIO

Responsável pelo curativo:

01. Bruno S. Pereira
Técnico de Enfermagem
COREN-PR: 880.005-7E

Coordenador da estrutura do Curativo:

02. Maria S. de Oliveira
Técnico de Enfermagem
COREN-PR: 880.005-7E

OBS:

404
3

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAUDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MEDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E				
ALERGIAS		HAS.	SIM	DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	26/11/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA				
2	AVP				
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/BIIR				
7	TENOXICAM 40 MG EV D1 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/BI S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR				
10	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 8/8 H				
15	GLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V O 12/12HRS				
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - D1 COMP VO 1XDIA				

Recusou

Recusou

SE DIABÉTICO, CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SQ), CONFORME ESQUEMA: 200-200; 200; 200-300; 400; 300-300; 800; 350-400; 800; 2-400; 40 UIC OU GLICOSE < 70 DUM. GLICOSE 50%; 40 MI EV + AVISAR DIABETICISTA

EVOLUÇÃO MEDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	TEMP
12 H	135/70	104	18	36,4°C
18 H	122/74	93	20	35,9°C
24 H	140/80	89	20mpm	37,3°C
06h	130/80	80	20mpm	35,9°C

Dr Marcos Aguiar
CRM 1985
Residência de Ortopedia e Traumatologia

*As 38h, real. 300mg Tramadol
alívio f. No do MSG.*

Dr Marcos Aguiar
Residência de Ortopedia e Traumatologia
CRM 1985

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - SLE-ENFERMAGEM

Paciente: **D Bruno Rodrigo Almeida** Enfermaria: **H04** Foto: **3**
Data: **26.11.18** Idade: **81M** Sexo: **M**
Tipologia Diagnóstica: **Fx. Drafase de fêmur + Fx. Esclerose**
Tipo de Execução: Sim Não Qual(is): **NSU**
Requerimento de assistência? SIM NÃO Qual(is): **NSU**
Presença de participante: Sim Não Obs:
Responsabilidade: Normal Sem demanda Acumado Caderno de rodar Cama Inapropriado da Unidade

SISTEMA NEUROLÓGICO	Descrição do Estado: <input checked="" type="checkbox"/> Alterado	Descrito como: <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Não reage	Flaccidez: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rigidez	Clonismo: <input type="checkbox"/> Não	Reflexos: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Anormais
REFLEXOS	Reflexos de defesa: <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes	Reflexos de retirada: <input type="checkbox"/> Presentes <input type="checkbox"/> Ausentes	Reflexo de sucção: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	Reflexo de agarrar: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	Reflexo de espalhar: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente
REGULAÇÃO TÉRMICA	Temperatura: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Alterada	Febre: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Hipertermia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Pirexia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	

CARACTERÍSTICAS DA PELLE	<input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Hipocrômica <input type="checkbox"/> Hiperocrômica	<input type="checkbox"/> Cianótica		
SISTEMA CARDIOVASCULAR	Flaccidez: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Rigidez	Clonismo: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Reflexos: <input type="checkbox"/> Normais <input type="checkbox"/> Anormais		
ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	Alimentação: <input type="checkbox"/> Oral <input type="checkbox"/> NG <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNG/SOG	Alívio: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Estabilidade: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		

SISTEMA RESPIRATÓRIO	Respiração: <input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Não	Polipneia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Distosmia: <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim		
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/TUBOS/ÓRTESES E PRÓTESES	Local: MS E	Local: MS E	Local: MS E		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Deficit no autocuidado para alimentação	Deficit no autocuidado para banho/higiene	Conhecimento deficiente		

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de queda: BAIXO	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/TUBOS/ÓRTESES E PRÓTESES	Local: MS E	Local: MS E	Local: MS E		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	Deficit no autocuidado para alimentação	Deficit no autocuidado para banho/higiene	Conhecimento deficiente		

11

4043

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E				
ALERGIAS	HAS	SIM	DM2	27/11/2018	
IDADE	31	TEITO	404-3	DATA	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA				
2	AVP				
4	OLFO MINERAL 10 ML 8/8HR				ja em...
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	DIPIRONA 1G EV DE 8/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR				
10	TRAMAL 100MG + SFO,5% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSV + CCGG 8/6 H				
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				
17	GLEXANE 40MG SC 1X DIA				
15	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
10	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS				
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 31 COMP VO 1XDIA				

SE HEMABÉTICO COMPREÇÃO DEIXE INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UI; 251-300; 4UI; 301-350; 5UI; 351-400; 6UI; 401-450; 7UI; 451-500; 8UI; 501-550; 9UI; 551-600; 10UI; 601-650; 11UI; 651-700; 12UI; 701-750; 13UI; 751-800; 14UI; 801-850; 15UI; 851-900; 16UI; 901-950; 17UI; 951-1000; 18UI

EVOLUÇÃO MÉDICA:

INCONTRO PACIENTE DEITADO NO LLITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, PUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SLM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	120x60	68	18	36,0
18 H	113x69	86	19	37,3
24 H	112/105	78	20	36,4
	113/71	79	19	36,2

Dr. Marcos Vinícius
CRM 10000
Residência de Ortopedia e Traumatologia

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS UNICID/UF

Paciente: **D** Data: **27.11.18** Enfermagem: **404** Leito: **3**
 Nome Completo: **Roberto Roberto Almeida Silva** Idade: _____ Sexo: **M**
 Hipótese Diagnóstica: **Fx. Deidratação do fígado e fratura da**
 Sim Não Padrão Conato Glicúria - Peróxido Glicúria - proteínas
 Sim Não Questão: _____
 Sim Não Qual idioma: _____
 Sim Não Sinais Não Qual idioma: _____
 Normal Sem deambulação Acamado Cadeira de rodas Fraca Ortométrica/cari-calçada

SISTEMA NEUROLÓGICO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
<input checked="" type="checkbox"/> Consciência	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Taquicardia
<input type="checkbox"/> Pupila	<input type="checkbox"/> Torpescida	<input type="checkbox"/> Ematose	<input checked="" type="checkbox"/> Normotermia	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipotensão
<input type="checkbox"/> Reação a estímulos	<input type="checkbox"/> Reação a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso cheio	<input type="checkbox"/> Fibrilante	<input type="checkbox"/> Fibrilante
PUPILAS			AUMENTAÇÃO E DIMINUIÇÃO DA TENSÃO ARTERIAL		
<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Mióticas	<input type="checkbox"/> Miocócicas	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> ENGROSSADO	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Anisocócicas	<input type="checkbox"/> Não reagentes	<input type="checkbox"/> Abatido	<input type="checkbox"/> Jaqueca	<input type="checkbox"/> Normal
REGULAÇÃO TÉRMICA			EXCRETÓRIA		
<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Hipertérmica	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diurna	<input type="checkbox"/> Nocturna
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pirexia		<input type="checkbox"/> Fígado	<input checked="" type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Fígado
CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO GASTROINTESTINAL		
<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Rosetada	<input type="checkbox"/> Escarificada	<input type="checkbox"/> Normotonia	<input type="checkbox"/> Distensão	<input type="checkbox"/> Flácida
<input checked="" type="checkbox"/> Hipostomada	<input type="checkbox"/> Exipiente	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Escarificada	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal
<input type="checkbox"/> Edema Local			<input type="checkbox"/> Ruidos aumentados	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Presente
<input type="checkbox"/> Edema Geral			<input type="checkbox"/> Visceromegalias	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Sinais de desidratação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não			
<input type="checkbox"/> Sinais de desidratação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> Distúrbio	<input type="checkbox"/> Oligúria
<input type="checkbox"/> Sinais de desidratação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Polúria	<input type="checkbox"/> Distúrbio	<input type="checkbox"/> Hematuria
<input type="checkbox"/> Sinais de desidratação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Distúrbio	<input type="checkbox"/> Distúrbio	<input type="checkbox"/> Uropen
<input type="checkbox"/> Sinais de desidratação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Distúrbio	<input type="checkbox"/> Distúrbio	<input type="checkbox"/> Distúrbio
<input type="checkbox"/> Sinais de desidratação	<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Distúrbio	<input type="checkbox"/> Distúrbio	<input type="checkbox"/> Distúrbio

SISTEMA RESPIRATÓRIO
 Espontânea
 Polúria
 Distúrbio

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES
 Local: **MSE** Data: **27/11/18**
 Sim Não
 Sim Não
 Sim Não
 Sim Não
 Sim Não

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação
<input type="checkbox"/> Risco de infecção intravital	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente
<input type="checkbox"/> Risco de líquidos excessivos	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada
<input type="checkbox"/> Risco de feridas de risco	<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida
<input type="checkbox"/> Risco de queda	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de queda BAIXO
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
<input type="checkbox"/> Risco de vômito	<input type="checkbox"/> Náusea
<input type="checkbox"/> Risco de vômito prejudicado	<input type="checkbox"/> Risco de vômito prejudicado
<input type="checkbox"/> Risco de pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de pele prejudicada
<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada
<input type="checkbox"/> Risco de vômito prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo: 01

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Bruno Rodrigues Jr. da Silva

Leito: 404-B

Data: 27/11/18

Localização



Região:

Saxonal



Região:

Etiologia

 M.I.P. I II III IV 9* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
 Outro:

 M.I.P. I II III IV 9* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
 Outro:

Aparência do

 Necrose: Amarela/Preto () Esfacelo () Granulação () Epitelização
 Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

 Necrose: Amarela/Preto () Esfacelo () Granulação () Epitelização
 Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Periferecional

 Normal () Macerado () Iscra () Perlema / Rubor
 Outro:

 Normal () Macerado () Iscra () Perlema / Rubor
 Outro:

Tipo de Exsudato

 Purulento Seroso () Sanguinolento () Seco
 Gaze:

 Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguineo () Seco
 Outro:

Quantidade de

Exsudato

 Molhado Úmido Molhado Úmido Seco

Solução de

Limpeza

 Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 2% Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 2% Alcool 70%

Cobertura

primária

 Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 Outro: AGE

 Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 Outro:

Troca

() 12/12

 Diário

() 48/48h

() 12/12

 Diário

() 48/48h

Profissional que

realizou

procedimento:

Vanessa de Oliveira A. Castro
 Auxiliar de Enfermagem
 CRP 53444/10703

Famulano

Observações:



Região: sacral



Região: _____

Etiologia

- JPP III IV 9* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Infecção: Tração Fixador Externo () ortopedia
 () Outros:

- () JPP III III IV 9* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular
 () Trauma: Tração Fixador Externo () ortopedia
 () Outros:

Aparência do

- Leito
 () Necrose: Amarela/Neira () Esfacelo Granulação () Epitelização
 () Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros

- () Neurose: Amarela/Neira () Esfacelo () Granulação () Epitelização
 () Ferida Fechada () Dreno/Sonda () Outros

Pele Periferecional

- Normal () Macerado () seca () Eritema/Rubor
 () Outro:

- () Normal () Macerado () seca () Eritema/Rubor
 () Outro:

Tipo de Exsudato

- () Purulento Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
 () Outro:

- () Purulento () Seroso () Sanguinolento () Serososanguíneo () Seco
 () Outro:

Quantidade de

- Exsudato
 () Molhado Úmido () Seco

- () Molhado () Úmido () Seco

Solução de

- Limpieza Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

- () Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Alcool 70%

Cobertura

- pré-formada
 () gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro: hidrocolóide

- () Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prata () Hidrogel
 () Outro:

Troca

- () 12/12 Diário () 48/48h

- () 12/12 () Diário () 48/48h

Profissional que

realizou

procedimento:

Renata Soares Costa
Enfermeira

Observações:



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIA _____ MÊS _____ ANO _____
 PACIENTE: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA
 AGNOSTICADO: FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E
 ALERGIAS: _____
 IDADE: 31 ANOS
 SEXO: MASCULINO
 LITRO: 404-3
 DATA: 28/11/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIFTA ORAL HAS LAXATIVA	
2	AMP	
4	OLFO MINERAL 10 ML 8/8H	
7	FENCICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIFIRONA 1G EV DE 8/8H OU 1CP 500MP VO 8/8H	
10	TRAMAL 100MG + SPC 3X 100ML LV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTORIL 25 mg VO SI PAS > 160 OU PAD > 110 MM/HG	
12	SIMEICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIAICO	
14	SSVV + CCGG 8/8 H	
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR	
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA	
17	GLIXAM 40MG SC 1X DIA	
18	NOBIFURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	
19	SUFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS	
20	VOLBOPOLICO 5MG B1 COMP VO 1X DIA	

ja realizado

Sem dor

c/ pontos positivos

SA
28/11/2018
29
30
31
12/11
16/11
17/11
18/11
19/11
20/11
21/11
22/11
23/11
24/11
25/11
26/11
27/11
28/11
29/11
30/11
31/11

EM PRESENÇA DE COMPLEXO COM INSULINA REGULAR (SC) COM ORME LSC (100MG) 20-25U VOJ 28-30U 4H, 30-35U 8H, 40-45U 12H, 50-60U 16H, 60-70U 20H, 70-80U 24H. Glicose ser. 40-60 mg/dL EV. AVISAR EM ANOMALIA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CONTROLO PACIENTE DEITADO NO LITO, ATIVO, REATIVO,
 COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO: BCG, LDTL, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORVOCORADO, HIDRATADO
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

140x60

SINAIS VITAIS	6h	12h	18h	24h
PA	130x80	116x65	130x80	130x80
FC	80	95	95	95
FR	20	20	20	20
Temperatura	36	37,1	37,1	37,1

Dr. Marcos Aguiar
 CRM 1995
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

em relação a administração de medicação de emergência, sendo a medicação liberada para o paciente, pois não tem indicação para o momento. Segue em observação de acordo com o protocolo de emergência.

Dr. Marcos Aguiar
 CRM 1995
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

404
3



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		BN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FX DIARISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E				
ALERGIAS	NÃO				
IDADE	31	LEITO	4043	DATA	29/11/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA				
2	AVP				
4	OLÉO MINERAL 10 ML 2/8HR				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H OU 1CP 500MG VO 6/8HR				
10	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 130 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/8 H				
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/8HRS OU 2CP 300MG VO 6/8HR				
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
19	SULFATO FERROSO 45MG 2 CP V.O 12/12HRS				
20	ACIDO FOLICO 5MG - 01 COMP VO 1X DIA				

SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 20000 UUI 251-300 UUI 300 UUI; 35-400 UUI; 400-450 UUI E DI GLICOSE < 70 DM/L, GLICOSE 99% 10 ML EV 1 AVISAR PLANO DE ALTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICLÉRICO, ALBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Do 10. PD 106x98 P. 70 T= 36,9°C

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	130/80	74	20	36,5°C
18 H	122/86	74	20	36,5°C
24 H	132x77	88	20	37,1°C

Dr. Marcos Aguiar
CRM 1995
Residência De Ortopedia e Traumatologia

07h 13h: paciente no leito informa que foi avaliada, orientada, possível, realizada após avaliação SSVV de Elizabeth de Elizabeth para a seguir seguir no plano



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

DATA DE ADMISSÃO	DIM			DN
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA			
AGNÓSTICO	FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E			
ALERGIAS	HAS	SIM	DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA 01/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA			SU
2	AVP			Mantido
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR			08:00
7	TENOXICAM 40 MG EV D1 X DIA S/N			SU
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			SU
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H OU 1CP 500MH VO 6/8HR			SU
10	TRAMAL 100MG + SFO, 5% 1.00ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			SU
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			SU
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			SU
13	CURATIVO DIÁRIO			curativo
14	SSVV + CCGG 6/6 H			Realizar
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/8HR			21/12/18
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA			10/12/18
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA			11/12/18
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA			18/12/18
19	SULFATO FERROSO 400MG 2 CP V.O 12/12HRS			12/12/18
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA			

liberado p/ farmácia

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR 150), CONFORME ESQUEMA: 200 250; ZUI 251 300; AUI 301-350; BUI; SA 351-400; SUI; 400; 10 ULE OL; 3; 40SE; 7; 0L; ML; CL; CDS; 50%; 40 ML EV; 1 AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SSVV 06h
PR 7/10/18
SC 7h
+ 36,3

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/80	96	20	36,3
18 H	110x40	80	20	36,3
24 H	77/12	80	20	36,3

Dr Marcos Aguiar
CRM 1985
Residência em Ortopedia e Traumatologia

Das 09h das 19h, após avaliação medicada + SV de bronc. foi liberado para a farmácia, a farmácia não liberou alegando ser para alguns pacientes, enfermeira citou...



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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA	
DIAGNÓSTICO	FX DIAFÍSE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E	
ALERGIAS	HAS	SIM
IDADE	31	DM2
LEITO	404-3	DATA
		02/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA	S/N
2	AVP	10h/6/24h
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	S/N
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	12h/04/06
6	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H OU 1CP 500MH VO 6/8HR	
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	15h
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	M
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CCBG 6/6 H	12h/04/06
15	CLINDAMICINA 800MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR	10h/6/24h
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA	10h
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	15h
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	18h/06
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS	12h
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA	

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 DUMIL GLICOSE 50% 40 ML BX + AVISAR PLANTONISTA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	7h	8h	20	36h
6 H	120/70	FC	FR	36h
12 H	116/70	80	19	36h
18 H	120/80	82	25	37h
24 H	120/80	68		

Dr Marcos Aguiar
CRM 1993
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

07as 19 - Adm. med. C.P.M +
cuidados de enfermagem +
sinais vitais

Validade
02/12/2018

404-3



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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
DIAGNÓSTICO FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E		
ALERGIAS	HAS	SIM DM2
IDADE 31	LEITO 404-3	DATA 03/12/2018
PRESCRIÇÃO		
ITEM		HORARIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA	SND
2	AVP	manutenção
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/BHR	(14) (22) (06)
7	TENOXCAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR	S/N
10	TRAMAL 100MG + SFO 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSV + COOG 6/6 H	Rating 12/24/06
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR	100mg
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA	100mg
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	100
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	12/24
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS	12
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA	12

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA. 225-250 2UR, 251-300 4UL 301-350 6UR, 351-400 8UR, > 400 10 UR E OUI GLICOSE < 70 ULM/L. GI. CCSC 50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DESTADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, CUPNÉICO, NORMOCDRADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	110x70	85	20	36,5
18 H	120x80	85	20	36,5
24 H	118x62	77	18	37C

Dr Marcos Aguiar
CRM 1995
Residente De Ortopedia e Traumatologia

19 as 7h Administrado as medicações CPM, realizado a Rx Pico MSD com julho 20 e aferido SSVV - Tec Lauzikete

4043



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
Serviço de Ortopedia e Traumatologia
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
AGNÓSTICO FX DIAFÍSE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TÍBIA E		
ALERGIAS	HAS	SIM DM2
IDADE	LEITO	DATA
31	404-3	04/12/2018
PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA	
2	AVP	
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	*DIPIRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR	
10	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CCGG 6/8 H	
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR	
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA OU 1 CP V.O	
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS	
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA	

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA RESUIA (SP) CONFORME ESQUEMA: 200-200; 2UI; 251-300-4UI; 301-350-6UI; 351-400-8UI; 401-450-10UI E QUILÓCALORIAS E 70 DL/ML, GLUCOSE 50% 40 ML EV + AMEBAL PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	52/31/92	67	19	36.4
18 H	111/68	75		36.1
24 H	98/62	74		36.3

OG- 300/32 57

Odnachi Akerniri
 CRM 1851/RR
 Residência de Ortopedia e Traumatologia

Handwritten note: fazer 10 par de curativos

Handwritten note: 18-20/8

Handwritten note: 12-18/8

07 as 13hs

Administração
 medicamentos
 e farm, afec
 SSVV

Handwritten note: 04/12/2018
 Thelma de Almeida
 Coordenadora SSVV



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

4104
3

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	05/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 6/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG FV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
14	SSVW + CCGG 8/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	CLINDAMICINA 600MG EV 8/5HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS				
17	CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA				
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
19	OLEO MINERAL 10ML VO 8/8HRS				
20	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS				
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AODIA				
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA. 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40-ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO
 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO: BFG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, AFLBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	120x85	70	14	36°C
12 H	PA	FC	FR	TAX
18 H	114x70	64	19	36.0
24 H	123x82	78	20	36.6°C
	120x80	70	14	36°C

Dr. Osinachi Okumiri
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR



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

404
3

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO RÓDRIGO ALMEIDA DA SILVA				
AGNÓSTIC	FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	06/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	LIPIRONA 1G EV DE 8/8H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SFO 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPIOPRII 25 mg VO SE PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG FV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
14	SSVV + CCGG 8/8 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS OU 2CP (300MG) V.O 8/8HRS				
17	CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA				
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
19	OLEO MINERAL 1CML VO 8/8HRS				
20	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12H2HRS				
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AODIA				
	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 + AVSAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO

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

SINAIS VITAIS

6 H	120/60	75	20mpm	36,1°C
12 H	PA	FC	FR	
18 H	120/60	72	20mpm	36,1°C
24 H	113/69	71	20	36,6°C
09 h	100/80	80	20mpm	35,3°C

Dr Odiaschi Okemari
Residente De Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR

09 de 13 - ADM. INOCL. C.R.M.F.
SSVV.

ADM medicamentos: conforme prescrição, atendo sinais vitais

Validade de Almeida
Tecnico de Enfermagem
COREN RR 00010-72

Dr. Sarah
Saraí Moraes Calafon
COREN RR 000.555-72



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

41043

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
ACNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE 31	LEITO 404-3	DATA 07/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	LEVOFLOXACINA 500MG LV OU 1 CP V.O	
7	TENOXCAM 40 MG EV 31 X DIA S/N	
8	PLASIL 100MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DL 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	DMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
14	SSVV + CCGG 8/8 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS OU 2CP (300MG) V.O 8/8HRS	
17	CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	
19	OLEO MINERAL 10ML VO 8/8HRS	
20	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS	
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X A DIA	
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGUIAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 20 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.		

Handwritten notes and signatures:
 SAU
 SAU
 12/12/18
 OCE NTE
 @ 08:00
 Reuniao

EVOIUÇÃO
 1. ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 2. EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, APLBIRI, PUPNERICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 3. PREVISÃO DE ALTA: SFM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 II				
12 II	PA	FC	FR	
16 II	120/70	89	20	36,5
18 II	128/77	77	19	36,0

Dr. Odinaldo Okereki
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

7 de 13 hg per adm
 medicacao heurico
 +SSVV

Ana Maria S. Macedo
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 000.411.034

13:00 as 19:00
 Realizado o atendimento de enfermagem de acordo com o plano de cuidados de enfermagem.
 Ana Maria S. Macedo
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 000.411.034



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

4043

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DM
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
ACNÓSTICA FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ		
ALERGIAS	TIAS	DM2
IDADE	LEITO	DATA
31	404-3	08/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N
2	AVP	Manuten
4	I FVOFI OXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O	16
7	TENOXCAM 40 MG FV 01 X DIA S/N	S/N
8	PLASIL 10MG LV 8/8H S/N	S/N
9	DIPIRONA 1G FV DE 8/8H S/N	S/N
10	TRAMAL 100MG + SF 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160; I OU PAD > 110 MMHG	S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	S/N
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	S/N
14	SSVV + CCGG 8/8 H	Rotina
15	CURATIVO DIÁRIO	Curativo
16	CLINDAMICINA 600MG LV 8/8HRS OU 2CP (300MG) V.O 8/8HRS	18, 18, 24, 24
17	CLEXANL 40MG SC 1 X AO DIA	16
18	NORIPURUM 1 AMP FV 1 X AO DIA	14
19	OLEO MINERAL 10ML VO 8/8 HRS	Recurar (28) (10) (24)
20	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS	18, 24
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA 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	18

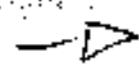
EVOLUÇÃO

FUNCIONANDO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO: BUCAL, LOQUE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFÉBRIL, PULSADO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H	125/71	70	20	36,1
18 H	140/72	58	19	36,6
24 H	127/108	53	-	36,5
00	135/108	68	-	36,5

Dr Odilonchi Okemiri
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 Crm 2832-RR



404-3

M



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



DATA DE ADMISSÃO		DIJE		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIÁFISE FEMUR. ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ.				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	09/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				3 N 5
2	AVP				
4	LEVOFLOXACINA 500MG EV QU 1 CP V.O				26
7	TENOXICAM 40 MG LV OR X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG LV 8/8H S/N				
9	DIPYRONA 1G EV DE 6/8H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SFO 9% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA				}
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	CI INDAMICINA 600MG EV 8/8HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/8HRS				
17	GLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA				
18	NORIPURUM 1 AMP LV 1 X AO DIA				
19	OLEO MINERAL 10ML VO 6/8HRS				
20	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS				
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA				
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESCALMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO

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

EXAME FÍSICO: REG, LOTE, ACIANÓTICO, ANCTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	121x78	61	19	36°C
12 H	PA	TC	FR	T
18 H	116x77	70	20	36,5°C
24 H	117x80	70	20	36,7°C
01	100x61	70	19	36,0°C

Dr Odineval Okenari
Residência em Ortopedia e
Traumatologia
CRM 1851-RR



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



404
3

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIA: _____ DN: _____
 PACIENTE: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA
 AGNÓSTICO: FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ
 ALERGIAS: _____
 IDADE: 31 ANOS
 SEXO: MASCULINO
 Nº: 404-3
 DATA: 10/12/2018

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O	
7	TENOXICAM 40 MG EV 3 X DIA S/N	
8	PLASII 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DL 8/8H S/N	
10	TIAMAL 100MG + SCS 3X 100ML EV DL 8/8H SL DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMPLICONA 1 CP OU 20 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
14	SSV + COGS 8/8 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS OU 2CP (300MG) V.O 8/8HRS	
17	CELXANF 40MG SC 1 X AO DIA	
18	NORIFURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	
19	OLIO MINERAL 10ML VO 8/8HRS	
20	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS	
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X A DIA	

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),
 CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2UL 25; 300; 4UL; 301-350; 5UL;
 351-400; 8UL > 400; 10 UL E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE
 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO
 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO: SFG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICÚRICO, ALEBRII, LUMFICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO
 06:00 h SSVU
 PA 133 x 86
 FC 86
 T.A.K 36,2°C

SINAIS VITAIS

8 H	PA	FC	FR	Temp
12 H	123/69	83	20	35,8
18 H	133/70	68	18	36,2
24 H				36,2

Dr. Olinéa C. O. Almeida
 Residente Dr. Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM-RR

4/12/18 PA 110 x 70 mmHg P: 80 R: 18 T: 36,2°C

13/12/18 PA 110 x 70 mmHg P: 80 R: 18 T: 36,2°C
 oclu. med. cpr e de mão + SSVU

36,2

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

Bloco: 3 Data: 10/12/18 Enfermária: 404 Letra: 3
 Nome Completo: Diana Raulina Almeida da Silva Sexo: 1 F M
 Hipótese Diagnóstica: _____
 Processos: Infarto Sínd. Não Padrão Contato Gotícula - arcos Gotícula - perifericos
 Alergia: Sim Não Qual (s): _____
 Necessidade de Intermite? Sim Não Qual idioma: _____
 Fúscula apresentando: Sim Não Oda: _____
 Circulação: Normal Sem deambulação Aceitada Carrica de rodas Próca Comprometida/cansaleante

<p>SISTEMA NEURÓLOGO</p> <p><input type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientada</p> <p><input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso</p> <p><input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Resposta a estímulos <input type="checkbox"/> Não-resposta</p> <p>PUPILAS</p> <p><input type="checkbox"/> Fotomacétnico <input type="checkbox"/> Mioticas <input type="checkbox"/> Miocóticas</p> <p><input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes</p> <p>REGULAÇÃO TÉRMICA</p> <p><input type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico</p> <p><input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Pirroia</p> <p>CARACTERÍSTICAS DA PELLE</p> <p><input type="checkbox"/> Hidratada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada</p> <p><input type="checkbox"/> Nutricionalmente <input type="checkbox"/> Hipocorácea <input type="checkbox"/> Hipercorácea</p> <p><input type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica</p> <p><input type="checkbox"/> Actinófica <input type="checkbox"/> Edema Local: _____</p> <p>Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>R. gizo: _____</p> <p>Limpeza realizada: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p>	<p>SISTEMA CARDIOVASCULAR</p> <p><input type="checkbox"/> Normotéico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico BC _____</p> <p><input type="checkbox"/> Normotensa <input type="checkbox"/> Hipotensão <input type="checkbox"/> Hipertensão PA _____</p> <p><input type="checkbox"/> Pulso Clavel <input type="checkbox"/> Filiforme <input type="checkbox"/> Anômico Pulso: _____</p> <p>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</p> <p><input type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOG <input type="checkbox"/> NH/SOE <input type="checkbox"/> ETT <input type="checkbox"/> NPT</p> <p>Alimentação da dieta: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial</p> <p>Funções: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Colostomia</p> <p><input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Vômito</p> <p>Estato: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>REGULAÇÃO ABDOMINAL</p> <p><input type="checkbox"/> Normotéico <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Escasso <input type="checkbox"/> Flácido</p> <p><input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Medão <input type="checkbox"/> Impulsivo</p> <p>Ruidos hidroaérficos: <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente</p> <p>Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não FO: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não</p> <p>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</p> <p><input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria</p> <p><input type="checkbox"/> Poliúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Cálculo <input type="checkbox"/> Hematúria</p> <p><input type="checkbox"/> Cistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Urúria</p> <p>SISTEMA RESPIRATÓRIO</p> <p><input type="checkbox"/> Supnelco <input type="checkbox"/> B-adipeico <input type="checkbox"/> Taupneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Anambiente <input type="checkbox"/> Frequencotmia</p> <p>Oxigenoterapia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual: _____</p>
CONTROLE DE CATÉTERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES	
<p>Cateter Ferférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____</p> <p>Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Duração realizada: _____ Trocar em: _____</p> <p>Sinais de infecção no sítio da punção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/> SCA <input type="checkbox"/> GFT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem</p> <p>Sonda: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SOG <input type="checkbox"/> SNC <input type="checkbox"/> SCA <input type="checkbox"/> GFT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem</p> <p>Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____</p> <p>Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____</p> <p>Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Tipo: _____ Local: _____</p>	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
<p><input type="checkbox"/> Asplúgio</p> <p><input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada</p> <p><input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável</p> <p><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos</p> <p><input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo</p> <p><input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada</p> <p><input type="checkbox"/> Risco de constipação</p> <p><input type="checkbox"/> Diarreia</p> <p><input type="checkbox"/> Incontinência intestinal</p> <p><input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado</p> <p><input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada</p> <p><input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada</p> <p><input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada</p> <p><input type="checkbox"/> Conforto prejudicado</p>	<p><input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz</p> <p><input type="checkbox"/> Deficit ou autocuidado para alimentação</p> <p><input type="checkbox"/> Deficit ou autocuidado para higiene</p> <p><input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente</p> <p><input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada</p> <p><input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida</p> <p><input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais</p> <p><input type="checkbox"/> Risco de quedas</p> <p><input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</p> <p><input type="checkbox"/> Dor aguda</p> <p><input type="checkbox"/> Dor crónica</p> <p><input type="checkbox"/> Náusea</p> <p><input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração</p> <p><input type="checkbox"/> Risco de infecção</p> <p><input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada</p>

4004-3



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

AREA DE DIRETORIA - DEPAT
CONTABILIDADE

16 JUL 2018

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR INSS

PACIENTE Leandro Roberto Mendes Da Silva 31 ANOS

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 17/11/18 COM

DIAGNÓSTICO DE Furto de fêmur (S) + fratura simples (E)

NO DIA 1/1/18 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 12/12/18 AS 14:30 EM

BOA ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL

CORONEL MOTA NO DIA 1/1 ÀS _____, COM

DR. _____

* Transferido para o Hospital de Postos Unimed
ORIENTAÇÕES GERAIS: Atenção do paciente e família

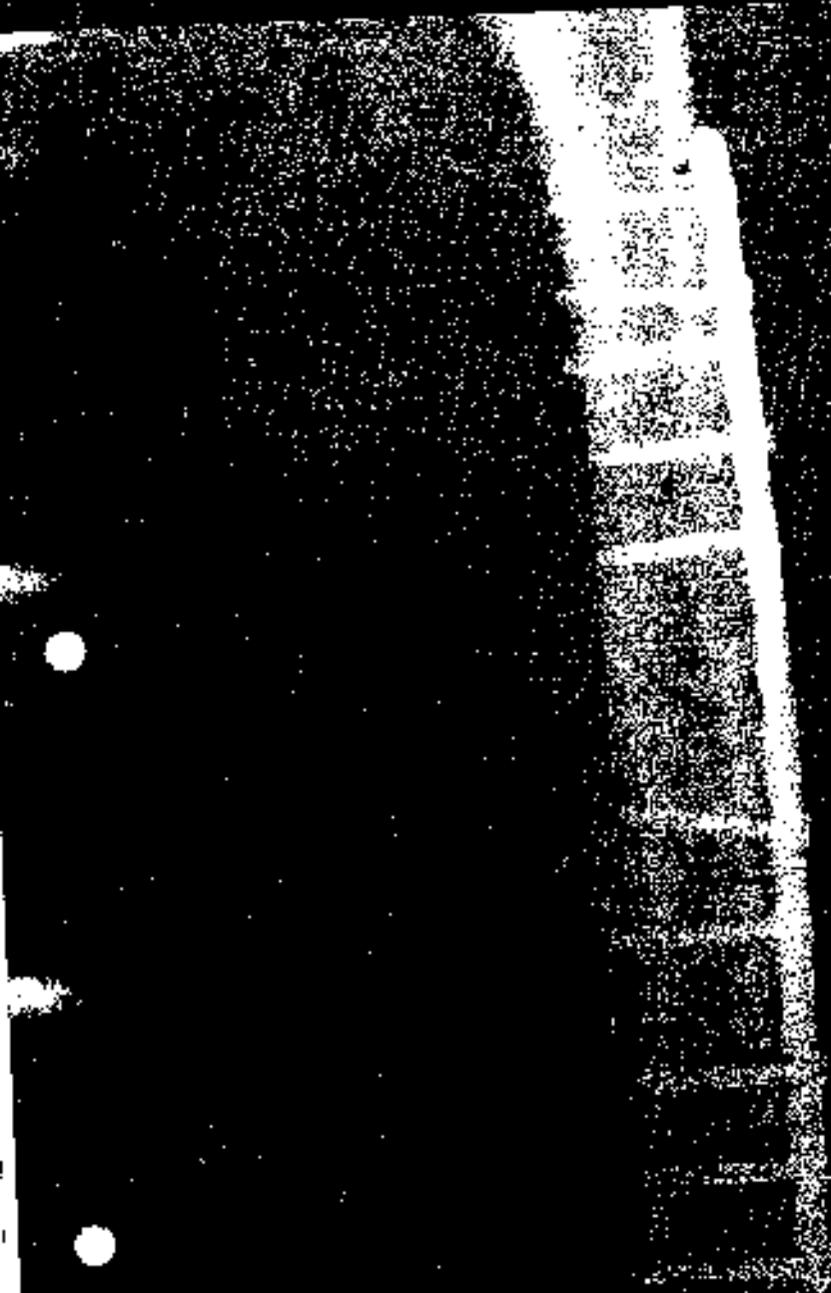
- 1- NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
- 3- NÃO RETIRAR CALHAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERDER RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR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

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR.

Dr. Celso Augusto
Médico Roraima
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13400

BOA VISTA, 12/12/18

MÉDICO



BRUNO RODRIGO ALMEIDA

BLD 407 3

21/02/19 11:00:37

HOSPITAL GERAL DE BORATIMA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

LINO RODRIGO

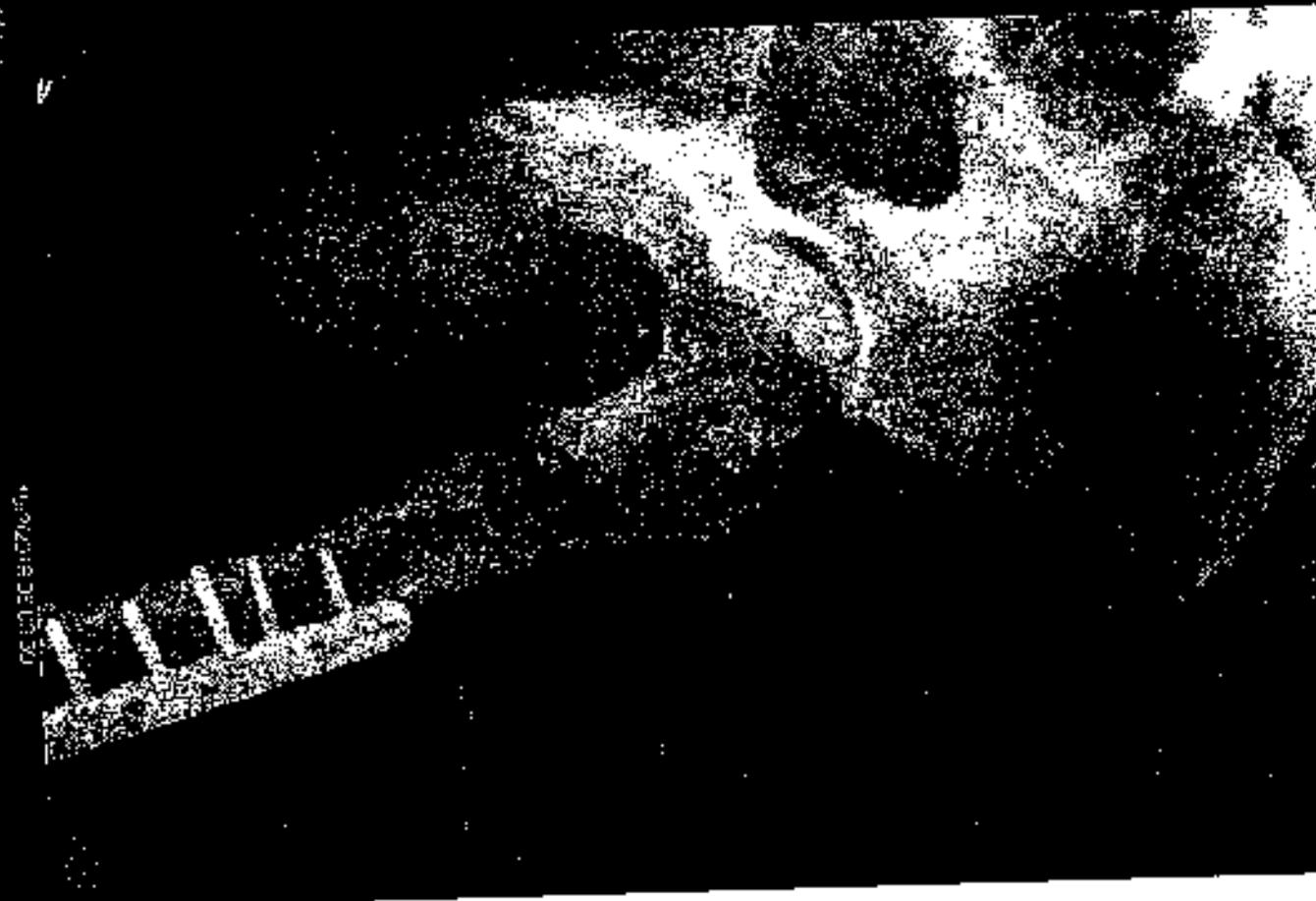
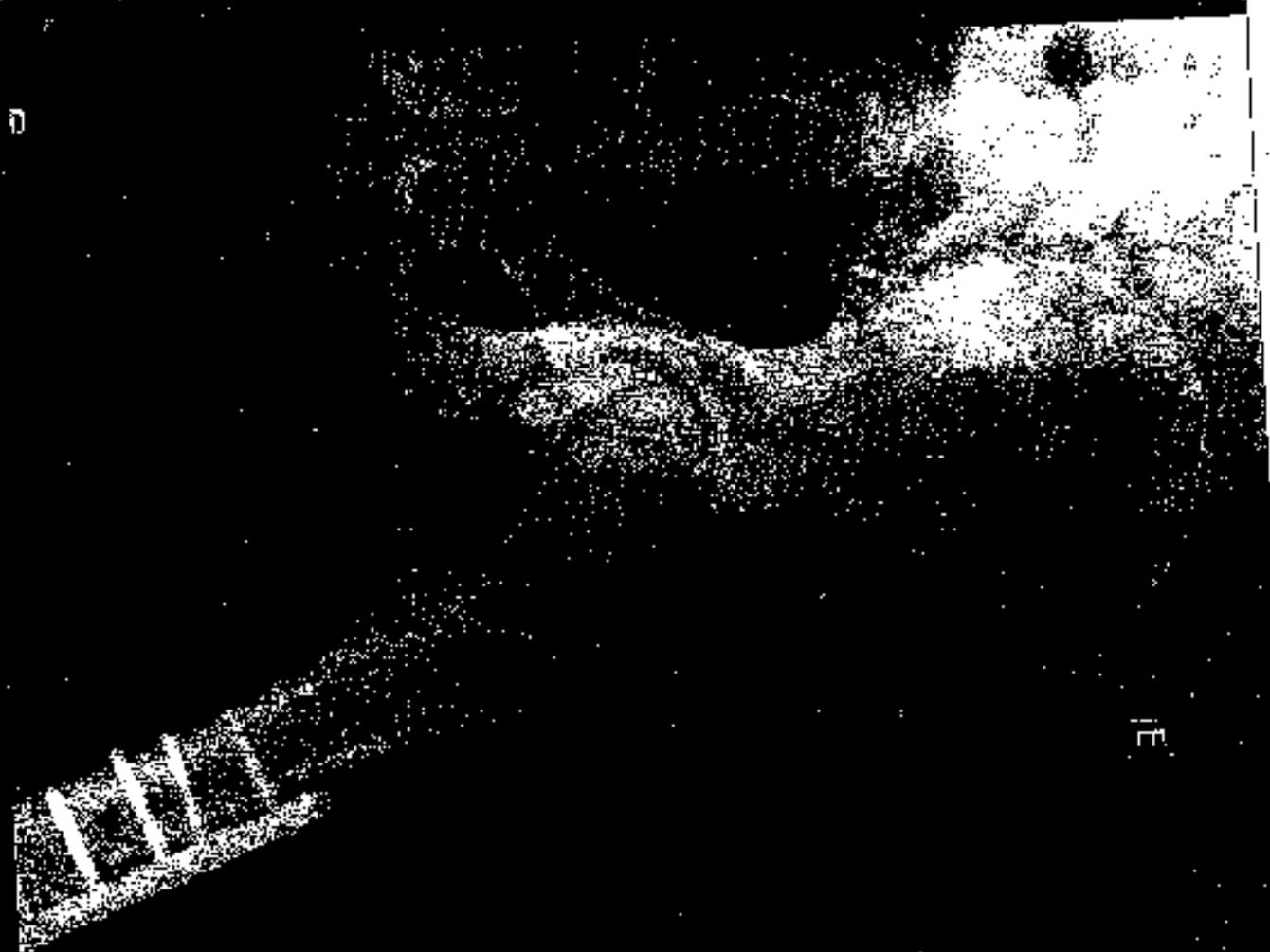
15:21:01 05:03:54

40.8 N

15:21:01 05:03:54



IE



UNIVERSITY OF CALIFORNIA

INSTITUTIONAL

1970

BRUNO RODRIGO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TR. CALABRO

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

ERUNO RODRIGO ALMEIDA

73

2011/2016

SUP 401

10-0-0

2011/2016

16

16

E

500
400%

BRUNO RODRIGO ALMEIDA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

1972

1972

1972

1972

□

11

714

BRUNO RODRIGO ALMEIDA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

12 QUELSON

13093

13094

13095

[13]

10/10/10 10:00

40.31

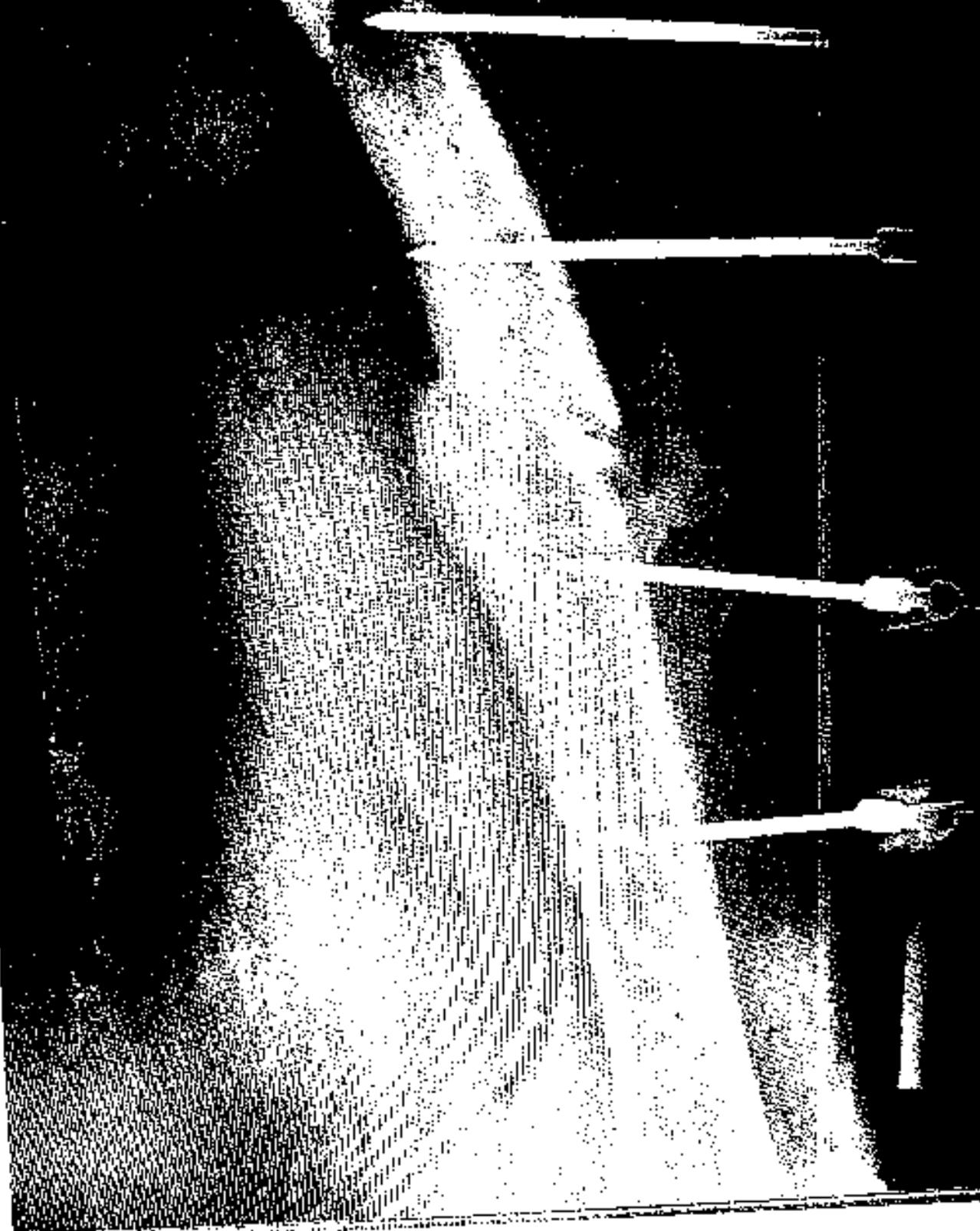
[14]

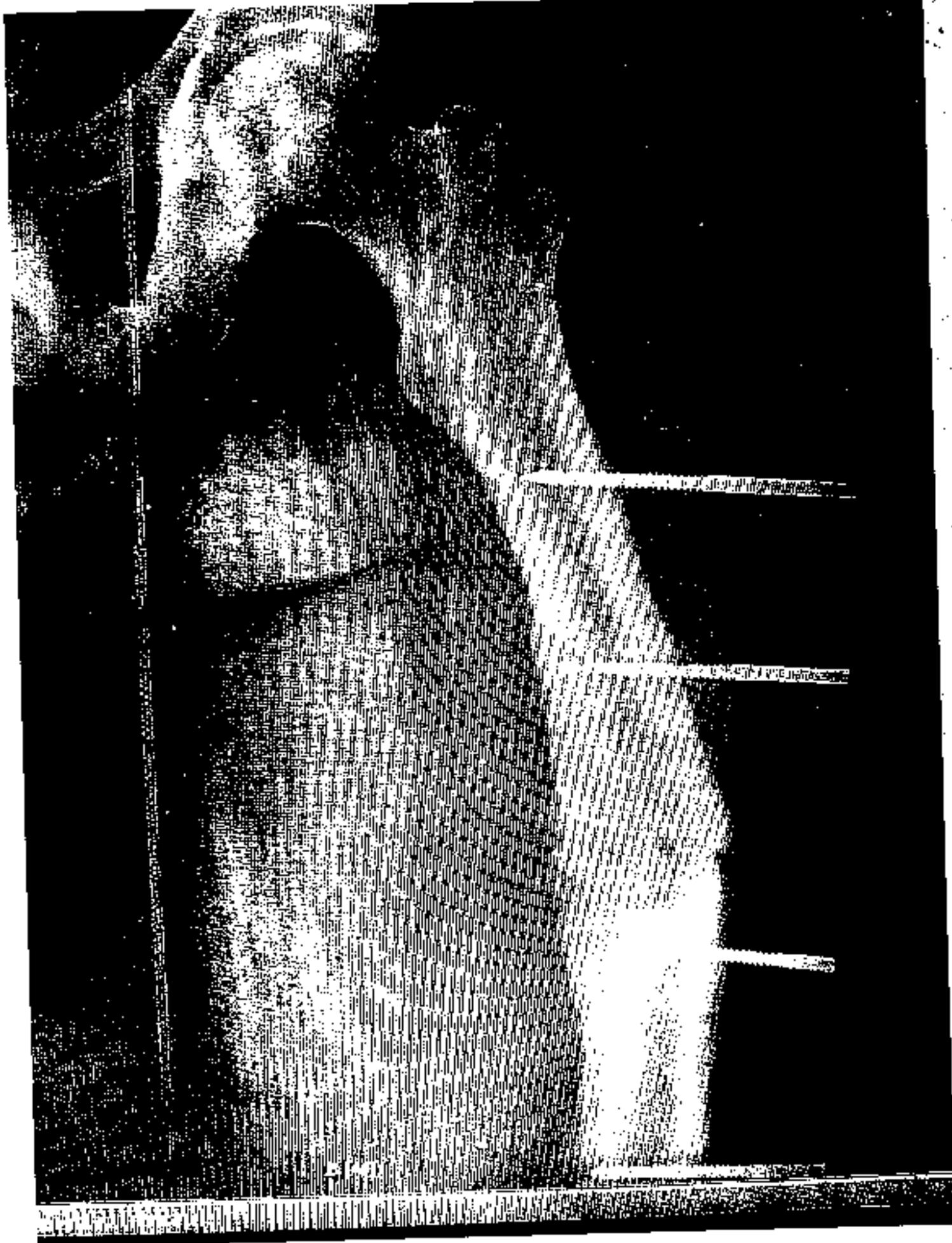
10/10/10 10:00

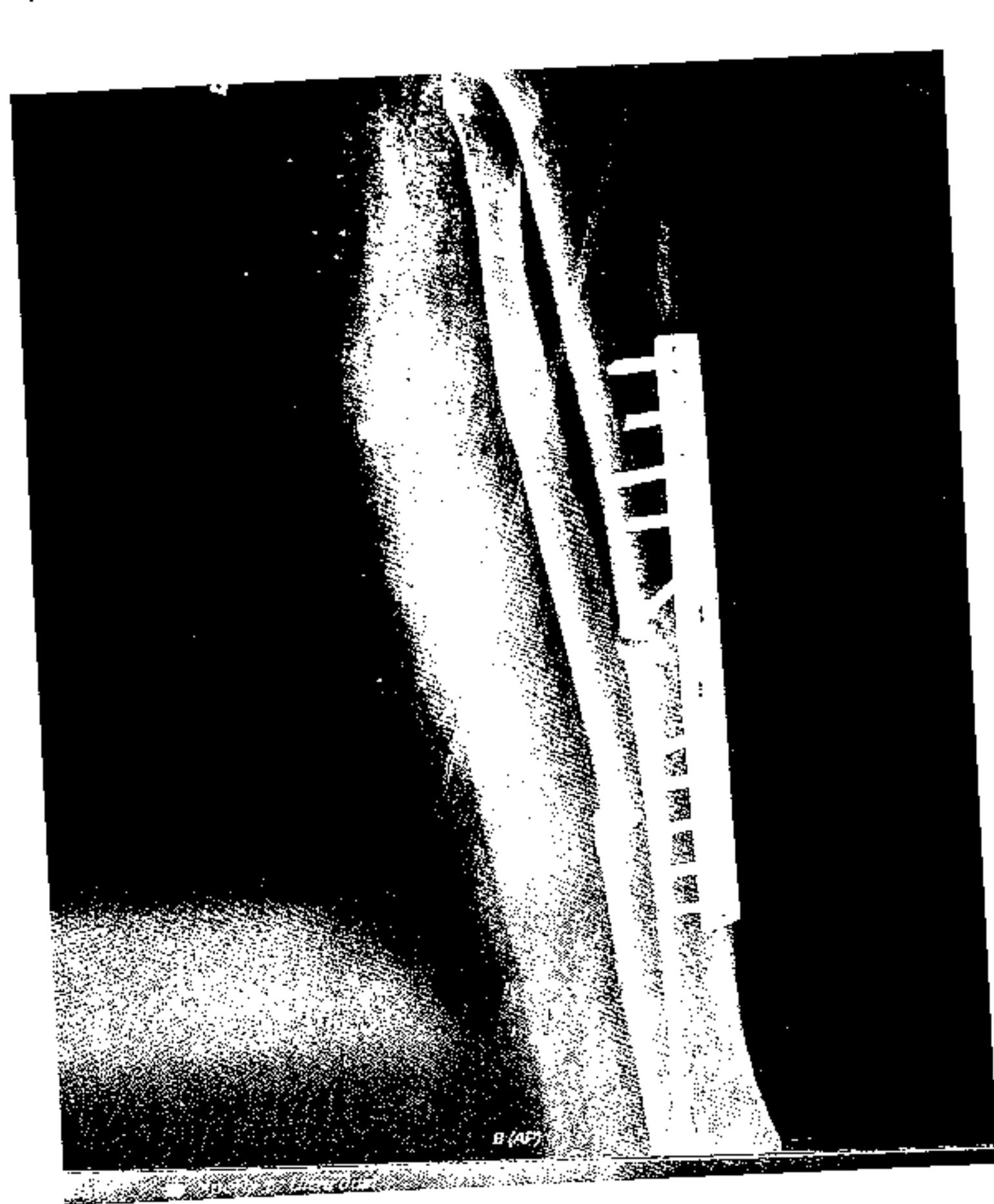
40.31

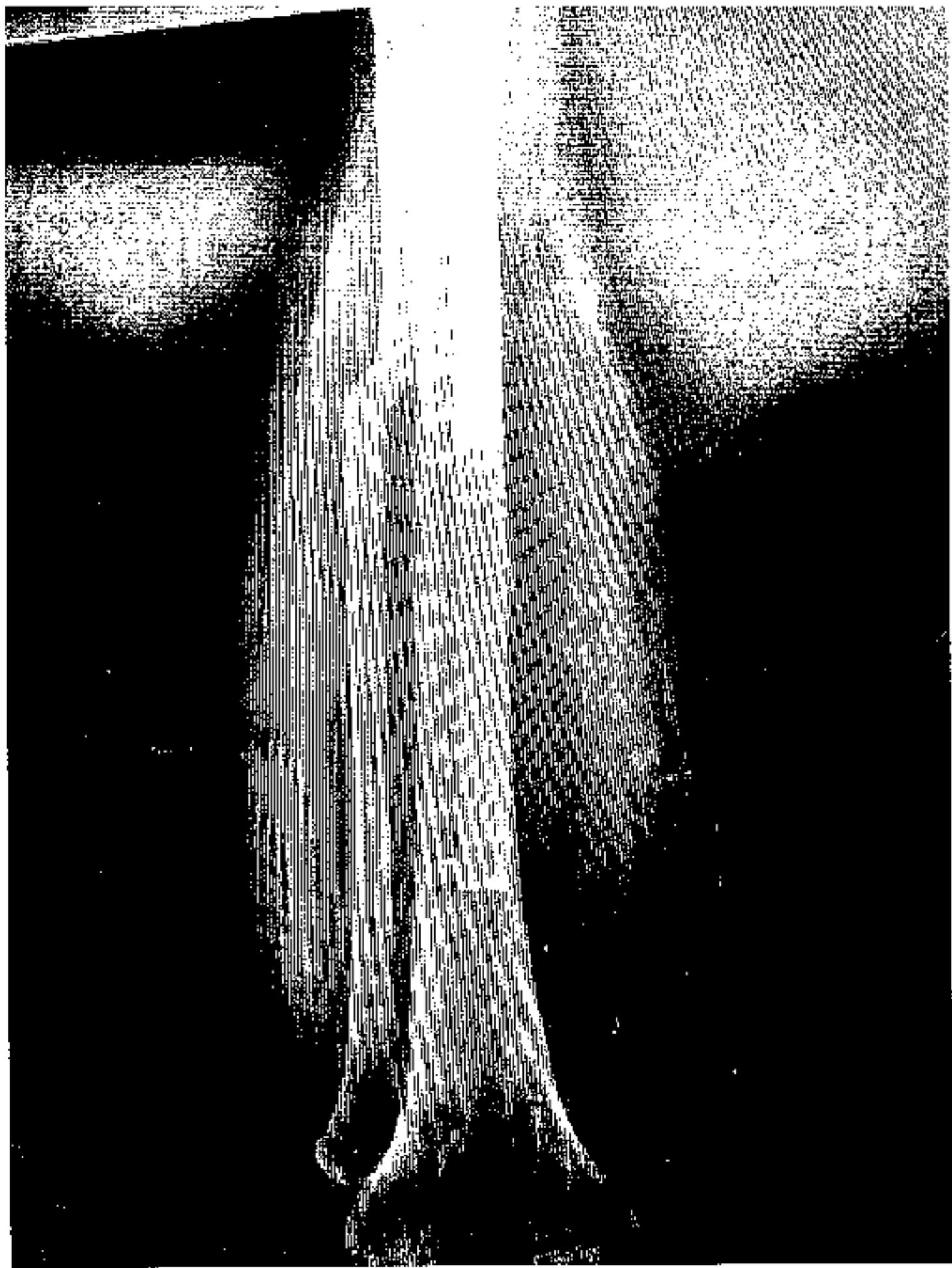
BRUNO RODRIGO ALMEIDA

E









Laudo Médico

Sr. Bruno Rodrigo Almeida da Silva, C.I 5635368
SSP/PA, vítima de acidente de motocicleta, com fratura
do Fêmur, Tibia e fíbula do membro inferior ^{esquerdo} ~~direito~~, em 17/11/2018,
temporária fidei de atendimento 3801036060 do P.S.F.º 6.836. Foi
submetido a osteossintese com placas e parafusos em fêmur e
tibia. Posteriormente houve fratura da placa do fêmur sendo
tratado com fixador interno. Atualmente permanecendo
com edema de membro inferior esquerdo, marcha
claudicante à esquerda, limitação para flexão de joelho
esquerdo. Dificuldade para subir repetitivo o membro
inferior esquerdo, comprometendo suas atividades laborais.

Conclusão: Sequela funcional permanente de
membro inferior esquerdo.

Boa Vista, 08/11/2019


Dr. Francisco P. Ferraz
CRM 365/RR

Rio de Janeiro, 14 de Novembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636310

Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 17/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

Para cobertura de Invalidez Permanente, o valor indenizável é de até R\$13.500,00 (treze mil e quinhentos reais). A indenização é estabelecida de acordo com o grau da lesão permanente sofrida pela vítima, com base na tabela estabelecida na Lei nº 6.194, de 1974.

O prazo para análise do pedido de indenização é de **até 30 (trinta) dias, contatos a partir do recebimento de toda a documentação necessária pela seguradora.**

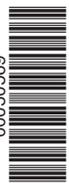
Caso sejam necessários documentos e/ou informações complementares, o prazo de 30 (trinta) dias será interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber toda documentação adicional solicitada.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



Rio de Janeiro, 04 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do

Seguro DPVAT: 3190636310

Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

Data do Acidente: 17/11/2018

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: RAIMUNDO NONATO SILVA

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

Informamos que o pagamento da indenização do Seguro DPVAT foi efetuado de acordo com as informações abaixo:

Multa:	R\$ 0,00
Juros:	R\$ 0,00
Total creditado:	R\$ 4.725,00

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%

Graduação: Em grau médio 50%

% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 70%) 35,00%

Valor a indenizar: 35,00% x 13.500,00 = R\$ 4.725,00

Recebedor: **BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA**

Valor: **R\$ 4.725,00**

Banco: **104**

Agência: **000000653**

Conta: **0000020708-2**

Tipo: **CONTA POUPANÇA**

NOTA: O percentual final indicado equivale à perda funcional ou anatômica avaliada, e é aplicado sobre o limite da indenização por Invalidez Permanente que é de R\$ 13.500,00.

Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, retorne ao mesmo ponto de atendimento onde foram apresentados os documentos do pedido do seguro DPVAT da cobertura Invalidez Permanente ou acesse o nosso site para maiores informações.

Quer retornar ao mercado de trabalho? Faça parte do Recomeço, programa da Seguradora Líder para beneficiários do Seguro DPVAT. Cadastre seu currículo e confira vagas de emprego em:

www.seguradoralider.com.br/recomeco.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você



PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASL: _____ 3 - CPF da vítima: 934.596.702-82 4 - Nome completo da vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E FAIXA DE RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA (VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL) - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA 6 - CPF: 934.596.702-82
7 - Profissão: RECURSOU 8 - Endereço: AV. JARDIM 1004 B-L-14 9 - Número: 203 10 - Complemento: APT. 203
11 - Bairro: CIDADE SATELITE 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69.317.539
15 - E-mail: _____ 16 - Tel. (DDD): 95 99114-4021

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAIS, TUTOR E CURADOR) PARA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO MENOR ENTRE 0 A 15 ANOS OU INCAPAZ COM CURADOR

17 - Nome completo do Representante Legal: _____
18 - CPF do Representante Legal: _____ 19 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:
 RECUSO INFORMAR R\$1.00 A R\$1.000,00 R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00
 SEM RENDA R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS: BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

CONTA POUPANÇA (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
 Bradesco (237) Itaú (341)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00020708 2
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: _____
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____
(Informar o dígito se existir) (Informar o dígito se existir)

Autorizo a Seguradora Líder a creditar na conta bancária informada, de minha titularidade, o valor da indenização/reembolso do Seguro DPVAT a que eu tiver direito, reconhecendo e dando, desde já e somente após a efetivação do crédito, quitação total do valor recebido.

22 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

Solicito o prosseguimento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT, por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada sem a apresentação do laudo do IML, concordando, desde já, em me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora Líder para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.194/74.

Declaro que esta autorização não significa prévia concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar a avaliação médica, caso discorde do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: Solteiro Casado (no Civ.) Divorçado Separado judicialmente Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: _____
25 - Grau de Parentesco com a vítima: _____ 26 - Vítima deixou companheiro(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo: _____
28 - Vítima teve filhos? Sim Não 29 - Se tinha filhos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)? Sim Não 31 - Vítima teve irmãos? Sim Não 32 - Se tinha irmãos, informar Vivos: _____ Falecidos: _____ 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? Sim Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso devida, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e provarem esta condição, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira poderá gerar a obrigação de ressarcir o valor recebido, além da responsabilidade criminal por infração do artigo 299 do Código Penal.

34 - _____
35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)
36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

38 - 1ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª | Nome: _____
CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data, BOA VISTA 8/11/19

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)
Bruno Rodrigo Almeida da Silva

43 - Assinatura do Procurador (se houver)
Raimundo Newton Silva

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

534994

CONTÉUDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURA

Av. Capitão João Batista, 400



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020631/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/07/2019 10:36 Data/Hora Fim: 11/07/2019 10:49
 Origem: Pessoa Física - Particular Data: 11/07/2019
 Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
 Data/Hora do Fato: 17/11/2018 13:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: União
 Logradouro: Av: Carlos Pereira de Melo

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Altamira Sexo: Masculino Nasc: 22/04/1987
 Profissão: Mecânico

Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Eliete da Silva Almeida

Nome do Pai: Carmozino Ribeiro de Silva Filho

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 5635368

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: Av: Jardim
 Complemento: bloco 14, AP 203
 Bairro: cidade satélite

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem à este DP para informar que é habilitado (porém, não apresentou no momento do registro), e que na data, hora e local acima informado, conduzia a motocicleta Honda CG Titan EX, ano/modelo 2016/2017, de cor preta, placa NAO-5922, CHASSI 9C2KC2210HR010407, Renavam 01109683275, a qual se encontra em nome de Carlos A. da Silva Pereira, momento em que colidiu na traseira de uma Chevrolet S-10, de cor prata, não sabendo informar a placa do veículo ou nome do condutor da mesma. Que devido a gravidade do acidente e lesões sofridas no mesmo, foi 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.



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
 Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães
 Data de Impressão: 11/07/2019 10:52
 Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020631/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Agente de Polícia
Matrícula 042000925
Responsável pelo Atendimento

Bruno Rodrigo Almeida da Silva
(Vítima / Comunicante)

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

DAT
11 JUL 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Escolha o(s) tipo(s) de cobertura: DANOS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARIS) INVALIDEZ PERMANENTE MORTE

2 - Nº de inscrição do ASI: _____ 3 - CPF do titular: 834.596.702-82 4 - Nome completo do titular: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

REGISTRO DE INFORMAÇÕES CADASTRAIS E RENDA MENSAL DA PESSOA FÍSICA VÍTIMA/BENEFICIÁRIO/REPRESENTANTE LEGAL - CIRCULAR SUSEP Nº 445/2012

5 - Nome completo: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA 6 - CPF: 834.596.702-82
7 - Profissão: RECURSOS AVIARIÁRIOS 8 - Endereço: 1009 B.L-14
9 - Bairro: Cidade Satélite 10 - Complemento: APT. 203
11 - Cidade: BOA VISTA 12 - Estado: RR 13 - CEP: 69.319.539
14 - Telefone: 99.114-4021

17 - Nome completo do Representante Legal: _____ 18 - Profissão do Representante Legal: _____

Declaro, para todos os fins de direito, residir no endereço acima informado, conforme comprovante anexo (ANEXAR CÓPIA).

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONDIÇÃO:
 R\$ 0,00 A R\$ 1.000,00 R\$ 1.000,00 A R\$ 2.000,00 R\$ 2.000,00 A R\$ 3.000,00
 SEM RENDA < R\$ 100,00 (OU ATÉ R\$ 2.500,00) ACIMA DE R\$ 55.000,00

CONTA POUPOANÇA (contas para os valores abaixo) (se não houver, não marcar)
 Fim de mês (297) Anual (241)
 Banco do Brasil (001) Caixa Econômica Federal (204)
AGÊNCIA: 0653 CONTA: 00020708 2
AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

12 - DECLARAÇÃO DE AUSÊNCIA DE LAUDO DO IML - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE INVALIDEZ PERMANENTE

Declaro, sob as penas de Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do médico, médico legal (ML) ou de qualquer outro profissional de saúde, para fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 5.134/74), uma vez que:
• Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza serviços para fins do Seguro DPVAT; ou
• O IML que atende a região do acidente ou da minha residência realiza serviços com prazo superior a 90 (noventa) dias do pedido.
Solicito a apresentação do análise de risco médico na Incidência do Seguro DPVAT, com invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, para a verificação da existência ou não de lesões permanentes decorrentes de acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme disposto na Lei 5.134/74.
Declaro que esta autorização não significa concordância com a futura avaliação médica ou renúncia ao direito de contestar e avaliação médica, caso discordo do seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

25 - Caso do beneficiário com a vítima: Sim Não 26 - Vítima deixou comprovado(a): Sim Não 27 - Se a vítima deixou comprovado(a), informar o nome completo:
28 - Vítima beneficiária: Sim Não 29 - Se não for beneficiária, informar Vítima: Sim Não 30 - Vítima deixou comprovado(a): Sim Não 31 - Se não for beneficiária, informar Vítima: Sim Não 32 - Vítima deixou comprovado(a): Sim Não 33 - Se não for beneficiária, informar Vítima: Sim Não

34 - Nome legítima de quem assina a pedido (a cargo): _____
35 - CPF legítima de quem assina a pedido (a cargo): _____
36 - CPF legítima de quem assina a pedido (a cargo): _____
37 - Assinatura de quem assina a pedido (a cargo): _____
38 - 1ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha
39 - 2ª Nome: _____ CPF: _____
Assinatura da testemunha

40 - Local e Data: Boa Vista 8/11/19
41 - Assinatura do Representante Legal (se houver): BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA
42 - Assinatura do vítima/beneficiário (declarante): BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA
43 - Assinatura do Procurador (se houver): RAIMUNDO NEUATO SILVA

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

IMÓVEL/BENEFICIÁRIO

TESTEMUNHAS



Para cancelar
transações saliente
neste documento

SEU CÓDIGO

0134659-8

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 801 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Cópia de Fatura Energia - Tabela B-1
Inscrição Especial de Contribuinte autorizada pela DEFAZ 304/15

IP da Nota Fiscal: 002866706
A Tabela Geral de Energia Elétrica - TSEE foi criada
pela Lei nº 10.430 de 20 de abril de 2002.

CONTAS MES	VENCIMENTO	CONSUMO (KWH)	TOTAL A PAGAR (R\$)
MAR/2019	11/06/2019	75	100,84

LAUDICELIA RIBEIRO SILVA PEREIRA AP203
AV JARDIM 1004 114 A203-CEDRO CIDADE SATELITE
RESIDENCIAL VILA JARDIM
CID: 60 3172-320 BOA VISTA

DADOS DA LEITURA	DATA DA LEITURA
Atual: 10452	14/05/2019
Anterior: 10377	13/04/2019
Constante de Multiplicação: 1,000	Próxima Leitura: 11/06/2019
Consumo Medido: 75	Emissão: 13/05/2019
Consumo Faturado: 75	Apresentação: 22/05/2019
	Diária de Consumo: 33

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Polo	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	14EDB9919	1.0	1424523	1.1.1.3

HISTÓRICO kWh	Consumo	Valor
ABR/19	0	0,00
MAR/19	0	0,00
FEV/19	0	0,00
JAN/19	0	0,00
DEZ/18	0	0,00
NOV/18	20	2,60
OUT/18	103	13,39
SET/18	114	14,82
AGO/18	95	12,36
JUL/18	92	11,91
JUN/18	75	9,64

75 A R\$ 0,76602 = 57,34
43,50

CONSUMO ILUMINACAO PUBLICA

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 04/2019 3,00

Unidade consumidora inscrita a partir de 10/01/2019, o recibo emitido por esta unidade consumidora não inclui o valor do consumo de energia elétrica pública, caso tenha efetuado o pagamento desta despesa.

Declaramos quitados débitos desta UC no ano de 2018 (Lei 12007/09)
LIGUE 08007019120 E FAÇA O PCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$		IMPOSTOS/TRIBUTOS - R\$	
Distribuição:	14,74	Base de Cálculo:	57,34
Energia:	31,24	Alíquota ICMS:	17,00%
Transmissão:	0,00	Valor do ICMS:	9,74
Encargos:	1,62	Valor do PIS:	0,00
Tributos:	9,74	Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE							
D.C.		F.C.		D.L.C.		D.L.R.	
Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior	Atual	Anterior
0,09	0,00	0,00	0,08	0,00	0,00	0,05	0,00
0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

ROT: 32.001.24.20.345600



SEU CÓDIGO	0134659-8	TOTAL A PAGAR - R\$	100,84
MÊS FATURADO	05/2019	VENCIMENTO	11/06/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ezequiel, 801 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3
Nº da Nota Fiscal: 002866706 FEIP



ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

CAERRua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

0800 280 9520

MÊS/ANO: 06/2019

VENCIMENTO: 15/07/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETRO A10F198348	VOL FATURADO 10	DESCRIÇÃO REAL	Nº DA CONTA 15318863
DT. LEITURA ANT. 07/05/2019	DT. LEITURA ATUAL 06/06/2019	DIAS DE CONSUMO 30	LEITURA ANT. 1839	LEITURA ATUAL 1839	MÉDIA 0
MÊS/ANO 05/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 04/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 03/2019	CONS. 0
MÊS/ANO 02/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 01/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 12/2018	CONS. 0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19,06
MULTA F/IMPONTUALIDADE 04/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capão Não Secura, 444 - Boa Vista - 200

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO NOCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	06/2019	17	43,74	05.1970

82660000000-2 43740004001-4 00099358101-6 06201950003-2



CAERRua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

0800 280 9520

MÊS/ANO: 06/2019

VENCIMENTO: 15/07/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETRO A10F198348	VOL FATURADO 10	DESCRIÇÃO REAL	Nº DA CONTA 15318863
DT. LEITURA ANT. 07/05/2019	DT. LEITURA ATUAL 06/06/2019	DIAS DE CONSUMO 30	LEITURA ANT. 1839	LEITURA ATUAL 1839	MÉDIA 0
MÊS/ANO 05/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 04/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 03/2019	CONS. 0
MÊS/ANO 02/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 01/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 12/2018	CONS. 0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19,06
MULTA F/IMPONTUALIDADE 04/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capão Não Seco, 444 - Boa Vista - RJ

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO NOCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	06/2019	17	43,74	05.1970

82660000000-2 43740004001-4 00099358101-6 06201950003-2



DECLARAÇÃO DE PREVENÇÃO A LAVAGEM DE DINHEIRO
CIRCULAR SUSEP 445/12

Para mais esclarecimentos, acesse o site <http://www.seguradoralider.com.br> ou ligue para o SAC DPVAT 0800 0221204 ou 0800 2212 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

O preenchimento deste Formulário é parte integrante do processo de liquidação de sinistro, conforme estabelece a Circular número 445/12, disponível no endereço eletrônico:

<http://www2.SUSEP.GOV.BR/BIBLIOTECAWEB/DOCORIGINAL.ASPX?TIPO=1&CODIGO=29636>

A Circular SUSEP¹ nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

A recusa em fornecer as informações de **profissão e renda**, neste formulário, não impede o pagamento da indenização do Seguro DPVAT, contudo, por determinação da referida Circular, **esta recusa é passível de comunicação ao COAF**².

¹ Superintendência de Seguros Privados - SUSEP, órgão responsável pelo controle e fiscalização dos mercados de seguro, previdência privada aberta, capitalização e resseguro.

² Conselho de Controle de Atividades Financeiras - COAF, órgão integrante da estrutura do Ministério da Fazenda, tem por finalidade disciplinar, aplicar penas administrativas, receber, examinar e identificar as ocorrências suspeitas de atividades ilícitas previstas na Lei nº 9.613/98.

Pelo exposto, eu Raimundo Nonato Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 475.628.463 / 91 na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário Bruno Rodrigo Almeida da Silva inscrito (a) no CPF sob o Nº 934.596.702 / 82 do sinistro de DPVAT: cobertura INVALIDEZ da Vítim Bruno Rodrigo Almeida da Silva, inscrito (a) no CPF sob o Nº 934.596.702 / 82, conform determinação da Circular Susep 445/12:

Declaro Profissão: RECESSOR Renda: RECESSOR e apresento os documentos comprobatórios

Recuso informar

Declaro ainda, sob as penas da lei e para fins de prova de residência junto a Seguradora Líder-DPVAT, residir no endereço abaixo anexando a cópia do comprovante de residência do endereço informado.
Estou ciente de que a falsidade da presente declaração implicará na sanção penal prevista no art. 299 do Código Penal.

Endereço		Número		Complemento	
Rua: 05		121			
Bairro	Cidade	Estado	RR	CEP	
Cidade Satélite	Boa Vista			69.317-471	
Email		Telefone comercial(DDD)		Telefone celular (DDD)	
nonatosilva638@gmail.com				(95) 99114-4021	

BOA VISTA, RA de 07 de 2019
Local e Data

Raimundo Nonato Silva
Assinatura do Declarante

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADO
 Av. Capita Jda Barata, 44 - B

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
 Nº 013254963961

VIA 01
 Cdo-HEMVAW
 01109582875
 R.M.T.R.C.
 EXERCICIO 2019

NOME
 CARLOS A DA SILVA PEREIRA
 PLACA
 RR

CPF/CNPJ
 367.821.143-72
 NAD59222

PLACA ANT/VUF
 9CERKCE210HRO10407
 CHASSI
 9CERKCE210HRO10407

especific tipo
 PRS/MOTOCICL/MOT/APL/16
 COMBUSTIVEL
 ALCO/BASOL

MARCA/MODELO
 HONDA/CG 150 TITAN EX
 ANO FAB. ANO MOD.
 2016 2017

CATEGORIA PARTICU
 2P/01520C/
 DOB.PREDOMINANTE
 PRETA

COTA UNICA
 PRGO
 VENC. COTA UNICA
 PRGO

PARCELAMENTO / COTAS
 PRGO
 VENC. COTAS
 1* *****
 2* *****
 3* *****

IOF (RS)
 R\$0.32
 Premio TOVAL (RS)
 R\$84.58
 DATA DE MOVIMENTO
 01/03/2019

PREMIOS
 A
 P
 V
 A

AL. FID. BRNDR HONDA
 AMAZON DISTRIBUIDORA
 Diretor Presidente
 DETRAN-RR

CONSERVACOES
 PARA * PROIB SAIR DA
 LOCAL

BOA VISTA-RR
 DATA
 01/03/2019

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013254963961 BILHETE DE SEGURO DPVAT

EXERCICIO 2019

DATA EMISSAO
 01/02/2019

PLACA
 NAD59222

CPF/CNPJ
 367.821.143-72

RENAVAM
 01109582875
 HONDA/CG 150 TITAN EX

ANO FAB. CAT. TRF.
 2016
 Nº Chassi
 9CERKCE210HRO10407

PREMIO TARIFARIO
 DENATIAN (RS)
 R\$4.01

CUSTO DO SEGURO (RS)
 R\$40.05

FINES (RS)
 R\$35.05

CUSTO DO BILHETE (RS)
 R\$4.15

IOF (RS)
 R\$0.32

PREMIO ANUAL
 R\$84.58

DATA DE SEGURO
 01/03/2019

COBERTURA
 COTA UNICA

PARCELADO

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

SEGURODPVAT

CNPJ 09.248.601/0001-94

SEGURODPVAT

JAN / 2017

VÁLIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 357035-5 DATA DE EXPEDIÇÃO 28/01/2016

NOME RAIMUNDO MONATO SILVA DATA DE NASCIMENTO 15/09/1968

FILIAÇÃO VANGELINA PEREIRA SILVA

NATURALIDADE VARGEM GRANDE - MA

DOCS. CONSIG. CERTO MASC 2560 FLS 2 LIV A 43

VARGEM GRANDE-MA

CPF 475.628.463-91

3 VIA

AMADEU ROCHA TRIANI

LEI Nº 7.116 DE 28/02/83

P 7

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

ESTADO DE PERNAMBUCO

SECRETARIA DE ESTADO DA SEGURANÇA PÚBLICA

INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO OZILIO CRUZ



Polegar direito



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

Raimundo Monato Silva

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL PARA DE EXPEDIR

Nome: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA
 Nº: 5635368 2 VIA 26/10/2012
 Educação

Nome: CARMOZINDO RIBEIRO DE SILVA FILHO
 Mãe: MARIA ELIETE DA SILVA ALMEIDA
 Data de Nascimento: 22/04/1987

Altamira PA
 Doc. Original: C.NASC-3 OF. ALTAMIRA PA
 Num: 34478 LIV: 128A FOL: 173
 CPF: 934596702-82

Assessoria de Serviço
 Ricardo Ricardo T. R. Paulo
 LEI Nº 7.116 DE 29/08/03

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

GOVERNO DO ESTADO DO PÁRA
 POLÍCIA CIVIL
 INSTITUTO DE IDENTIFICAÇÃO




BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

POLEGAR DIREITO

Scanned by CamScanner

Scanned by CamScanner

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

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

AREA DE SINISTROS - DPVAT
 CONTEUDO NAO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADO
 Av. Capita Jda Barata, 44 - B

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETTRAN - RR
 CERTIFICADO DE REGISTRO E LICENCIAMENTO DE VEICULO
 Nº 013254963961

VIA 01
 Cdo-HEMVAW
 01109582875
 R.M.T.R.C.
 EXERCICIO 2019

NOME
 CARLOS A DA SILVA PEREIRA
 PLACA
 RR

367.821.143-72
 CPF/CNPJ
 NAD05922

PLACA ANT/VUF
 9C2KCE210H/R010407
 CHASSI
 9C2KCE210H/R010407

PARS/MOD/TOC/CEZ/MAR/APL/LS
 HONDA/CG 150 TITAN EX
 ANO FAB. 2017
 ANO MOD. 2017

COMBUSTIVEL
 ALCO/BASOL

CATEGORIA PARTICU
 DOB/PREDOMINANTE
 PRETA

COTA UNICA
 VENC. COTA UNICA
 1* *****
 2* *****
 3* *****

FAIXA LIVIA
 PARCELAMENTO / COTAS
 1* *****
 2* *****
 3* *****

PREMIO TARIFARIO (R\$)
 R\$0,32
 R\$84,58
 DATA DE MOVIMENTO
 01/03/2019

AL. FID. BRNDR HONDA
 AMAZON DISTRIBUIDORA
 Diretor Presidente
 DETRAN-RR

BOA VISTA-RR
 LOCAL
 DATA
 01/03/2019

CONTRAN

DENATRAN

CONTRAN

DENATRAN

SEGURO OBRIGATORIO DE DANOS PESSOAIS CAUSADOS POR VEICULOS
 AUTOMOTORES DE VIA TERRESTRE, OU POR SUA CARGA, A PESSOAS
 TRANSPORTADAS OU NAO - SEGURO DPVAT

RR Nº 013254963961 BILHETE DE SEGURO DPVAT

367.821.143-72
 CPF/CNPJ
 NAD05922
 EXERCICIO 2019
 DATA EMISSAO 01/02/2019

ESTE É O SEU BILHETE DO SEGURO DPVAT
 PARA MAIS INFORMACOES, LEIA NO VERSO
 AS CONDIÇÕES GERAIS DE COBERTURA
 www.seguradoralider.com.br
 SAC DPVAT 0800 022 1204

www.seguradoralider.com.br

SAC DPVAT 0800 022 1204

367.821.143-72
 CPF/CNPJ
 NAD05922
 EXERCICIO 2019
 DATA EMISSAO 01/02/2019

SEGURADORA LIDER - DPVAT

CNPJ 08.248.608/0001-94

367.821.143-72
 CPF/CNPJ
 NAD05922
 EXERCICIO 2019
 DATA EMISSAO 01/02/2019

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

559734

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398474/19

Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

CPF: 934.596.702-82

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/11/2018

Titular do CPF: BRUNO RODRIGO
ALMEIDA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA : 934.596.702-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636310 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA **Data do acidente:** 17/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO FÊMUR (PLACA E PARAFUSOS/FIXADOR EXTERNO), TÍBIA (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 4/5/6/38 À 59_CIRÚRGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT

559734

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398474/19

Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

CPF: 934.596.702-82

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 17/11/2018

Titular do CPF: BRUNO RODRIGO
ALMEIDA DA SILVA

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA : 934.596.702-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

RAIMUNDO NONATO SILVA

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636310 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA **Data do acidente:** 17/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO FÊMUR (PLACA E PARAFUSOS/FIXADOR EXTERNO), TÍBIA (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 4/5/6/38 À 59_CIRÚRGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capão João Bazum, 484 - Boa Vista - RR

PROCURAÇÃO

OUTORGANTE:

NOME: BRUNO RODRIGUES ALMEIDA DA SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRO ESTADO CIVIL: SOLTEIRO PROFISSÃO: Mecânica
RG: 563.536-8 CPF: 934.596.702-8 ENDEREÇO: RUA/AV, AV. Jardim Condomínio Casa Blanca 74, Nº 203
BAIRRO: Cidade Satélite CIDADE: Boa Vista /RR
CEP 69317-529

VÍTIMA: BRUNO RODRIGUES ALMEIDA DA SILVA
CPF: 934.596.702-8 DATA DO ACIDENTE: 17/11/2017
NATUREZA: () DAMS (X) INVALIDEZ () MORTE

OUTORGADO:

NOME: RAIMUNDO NONATO SILVA
NACIONALIDADE: BRASILEIRA
ESTADO CIVIL: SOLTEIRO
PROFISSÃO: _____
Nº DO RG: 357035-5 ÓRGÃO EMISSOR: SSP/RR DATA DE EMISSÃO: 28/01/2016
Nº CPF: 475.628.463-91
ENDEREÇO: RUA. 05, 121, BAIRRO, CIDADE SATELITE.

PODERES:

Para requerer o seguro DPVAT por invalidadez, a que tem direito o outorgante, junto a qualquer seguradora pertencente ao consórcio DPVAT administrado pela Seguradora Lider, em razão de acidente de trânsito, podendo o referido (a) procurador (a) em nome do mesmo (a), bem como quitar, requerer, e retirar documentos em órgãos públicos, municipais, estaduais ou federais, ou órgãos privados, além de transigir, depositar, substabelecer, tendo também poderes específicos para assinar qualquer documento em nome do próprio, bem como fornecer dados para crédito de indenização de sinistro DPVAT.

CARTÓRIO
LOUREIRO

Boa Vista, 12 de Julho de 2019.

BRUNO RODRIGUES ALMEIDA DA SILVA
Assinatura

Reconhecimento por autenticidade.

CARTÓRIO LOUREIRO DR. JOZIEL LOUREIRO
TABELÃO E REGISTRADOR
AV. MILITAR Nº 3036 - CENTRO - BOA VISTA/RR - TEL. (93) 3624-6077 - ATENDIMENTO@CARTORIOLOUREIRO.COM.BR

REC VERDADEIRA a(s) assinatura(s)
(EXCLUSIVO) - BRUNO RODRIGUES ALMEIDA DA SILVA
DAS Em testemunho de verdade Boa Vista, 12/07/2019
Empl. 2,45, FUNDEJURR: 0,25, FISC: 0,10, FECON: 0,10, ISS: 0,10Vr Selo 1,50
Selo: REC FIR158345U0TNIYAR4CGJW954
Consulte seu selo: <https://cidadao.portalselorr.com.br>
CPF Solicitante: 93459670282

Thays Courinho Weber
Escritora Autorizada
Cartório Loureiro

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0398474/19

Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA

CPF: 934.596.702-82

Seguradora: ARUANA SEGURADORA S/A

Data do acidente: 17/11/2018

Titular do CPF: BRUNO RODRIGO
ALMEIDA DA SILVA

CPF de: Próprio

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

RAIMUNDO NONATO SILVA : 475.628.463-91

Comprovante de residência
Declaração Circular SUSEP 445/12
Documentos de identificação
Procuração

BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA : 934.596.702-82

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

O prazo para o pagamento da indenização é de 30 dias, contados a partir da apresentação da documentação completa. Para informações sobre o Seguro DPVAT e consulta do andamento de processos de indenização, acesse www.dpvatseguro.com.br ou ligue para Central de Atendimento, de segunda a sexta-feira, das 8H às 20H: 4020-1596 (Regiões Metropolitanas) ou 0800 022 12 04 (Outras Regiões). Para reclamações e sugestões, entre em contato, 24H por dia, com o SAC: 0800 022 8189.

A indenização por invalidez permanente é de até R\$ 13.500,00. Esse valor varia conforme a gravidade das sequelas e de acordo com a tabela de seguro prevista na lei 6194/74.

A responsabilidade pela guarda dos documentos originais é do interessado/vítima.

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 13/11/2019
Nome: RAIMUNDO NONATO SILVA
CPF: 475.628.463-91

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 13/11/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

RAIMUNDO NONATO SILVA

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA



DADOS DO SINISTRO

Número: 3190636310 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA **Data do acidente:** 17/11/2018 **Seguradora:** ARUANA SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 19/11/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA DIAFISÁRIA DE FÊMUR ESQUERDO.
FRATURA EXPOSTA DE TÍBIA E FÍBULA ESQUERDA.

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO FÊMUR (PLACA E PARAFUSOS/FIXADOR EXTERNO), TÍBIA (OSTEOSSÍNTESE). ALTA MÉDICA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DE MOVIMENTOS DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DÉFICIT FUNCIONAL MODERADO DE MEMBRO INFERIOR ESQUERDO.

Documentos complementares:

Observações: PÁG 4/5/6/38 À 59_CIRÚRGIA

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 50 %	35%	R\$ 4.725,00
Total			35 %	R\$ 4.725,00

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSF
Av. Unicentro Ulisses Gomes, 3309

Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
Vermelho	Vermelho	Vermelho
Laranja	Laranja	Laranja
Amarelo	Amarelo	Amarelo
Verde	Verde	Verde
Azul	Azul	Azul

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

80038060 17/11/2018 13:42:34

Paciente: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA Data Nascimento: 22/04/1987 Idade: 31 A 6 M 25 D CNS: 700705947712877 CPF: 93489070282 Profissão:
 Tipo Doc: Documento Orgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Naturalidade Nacionalidade
 IDENTIDADE 5635368 SSP-PA 26/10/2012 M SOLTEIRO(A)PARDA BOA VISTA RR BRASILEIRA
 Mãe: MARIA ELIEZE DA SILVA ALMEIDA País: BR Contato: (95) 98124-1789
 Endereço: RUA - SÃO FRANCISCO - 311 - CINTURÃO VERDE - BOA VISTA - RR. Ocupação: MECÂNICO

Class. de Risco Plano Convênio SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N° da Carteira Validade Autorização Sis. Protocolo
 Motivo de Atendimento ACIDENTE DE MOTO Caracter do Atendimento URGÊNCIA Profissional do Agend. Procedência Temp. Fosa Pressão
 Scto: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol. Registrado por: ANA KARLA

Queixa Principal Síndrome Fibril Sintomas Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese do Enfermeiro GSC TOTAL 40:1234 PV:12845 MR:123456 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) História de acidente automobilístico moto-carro. Um carro de 30 minutos. Relata uso de capacete retirado pela polícia no momento. Perda esquelética imobilizada.

Exame Físico BOB, AAA, conscientes e sem alteração de nível de consciência.
 + braço = edema e dor ao toque

Hipótese Diagnóstica Fratura (D), (E) + lesão - fíbula (F) (resposta).

SADT - Exames Complementares RAX ULTRASON TC RANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO APRAZAMENTO OBSERVAÇÃO
 1) RL 1000 mg
 2) pontos - SUSPENSÃO.

18/11/2018 13:42:34 17/11/2018 13:42:34 17/11/2018 13:42:34 17/11/2018 13:42:34 17/11/2018 13:42:34 17/11/2018 13:42:34

Assinatura do Paciente ou Responsável: *[Handwritten Signature]*

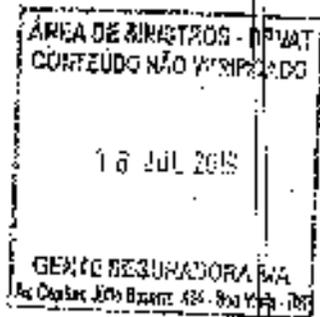
Conduta Alta por Decisão Médica Alta a Pedido Alta a Revista Transferência para Ambulatório Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Saída/Alta:
 Antes da 1ª Atendimento? SIM NÃO IML Anamnese Psicológica

Assinatura do Paciente ou Responsável: 15 JUL 2018
 Carimbo e Assinatura do Médico: *[Handwritten Signature]*

Assinatura do Paciente ou Responsável: 15 JUL 2018
 Impresso por: ana.karla
 Dr. Fernando André Martins Ferreira
 Clínica Oncológica de

Out: Sr Vitor Barros N

A vítima do acidente MOTO + Cam
+ base evidência P1 pluma (E) + ft da ola perna (E)



Rosalia Gomes da Silva
Ana Maria Pereira

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Roraima - HGR/RR
Av. Engenheiro Souza Lima, 5300

Recepção do Atende
Linha
Atende
Verde
Atende

Recepção de
Vermelho
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Escuro
Azul Claro

Recepção de
Verde
Laranja
Amarelo
Verde
Azul Escuro
Azul Claro

JORNAL 07-10 23

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Prontuário: 1711/2018 13:42:34	Data Nascimento: 22/04/1987	Idade: 31 A 6 M 25 D	CNS: 700705947712677	CPF: 93459670232
Paciente: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA	Sexo: M	Religião: SOLTEIRO(A/PARDA)	Naturalidade: BOA VISTA - RR	Nacionalidade: BRASILEIRA
Mãe: MANIA ELIETE DA SILVA ALMEIDA	País: NI	Condição: (05) 98124-1789	Ocupação: MECÂNICO	
Endereço: RUA - SÃO FRANCISCO - 311 - CINTURÃO VERDE - BOA VISTA - RR				

Class. de Risco	Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Consulta	Validade	Autorização	Sis. Preval
Malha do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO	Caráter de Atendimento: URGÊNCIA	Profissional de Atend.	Precedência	Tam.	Peso
Situ: GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA	Precedência Sol.	Registro por: ANA KARLA		

Queixa Principal: Síndrome Febril Sintomatologia Respiratória Suspeita de Dengue

Anamnese da Enfermagem: GSC AO: 1234 MO: 12345 MR: 123456 TOTAL 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA): História de acidente automobilístico moto-carro há cerca de 20 minutos. Relata um de impacto notado pela própria vítima. Renda exposta imobilizada.

Exame Físico: BOA, AHA, consciência af. Son. - presença + def. unilater. - no caso (E) + son. - plágio e biliguer passivo (E)

Hipótese Diagnóstica: fr. de fêmur (E), fr. de tibia e fíbula (E) (exposta).

SADT - Exames Complementares: RAIO-X ULTRA-SON TCC HEMOG URINA FCG CITOUS

PRESCRIÇÃO: 1) R. de tórax em
 2) R. abdô - SUSPENS

NOTA: Exame de urina + SF OR! anal, fezes q - e cor 18/06/18

Leiliane M de Lima
Téc. em Enfermagem
CONEX RR 918 174

AO CC O
M. de Saúde
Roraima
17/11/2018

Contato: At. por Decl. Médica Alta e Pedido Alta e Revolu Transferência para

Ativo: Sim Não

AREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEC - RORAIMA

Assinatura do Paciente ou Responsável: 16 JUL 2018

Impresso por: ana.karla
Data: 07/11/2018 13:56:48

GENTE SEGUROORA S/A
Av. Celso de Freitas, 411 - Boa Vista - RR

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Fernando de Moraes Pereira
Ortopedia Oncológica de
Cabeça e Pescoço
CRM: 155.588



Carta de Vila Paraisópolis N

7A Vila Paraisópolis 11030 + Cam

RX para avaliação FA (E) + 1X para o plano (E)

CD:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

General R. Almeida de M.

7 410 + 0 39 9 7 7 216 + +

Maria Celeste da Silva Almeida
R. São Francisco 311 Curitiba Paraná

22/04/89

164232

15/08/291789

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FX de fêmur (E)
FX exposta tibia (E)

ÁREA DE SINISTROS - DPUG
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 1989
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Canaã 240 - Curitiba - PR

Curitiba

Exame fêmur + Rt

Patrick Rubelo José
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12000 (PR) 1200

PROCEDIMENTO TÉCNICO

FX fêmur (E) + FX exposta tibia (E)

Ort
Dr. César Perment

12/11/89

DR. MARCELO PERMENT
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12000 (PR) 1200

CASO DE CUNHAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIOLÊNCIA)

0408050500
5822
V299



BOLETIM OP. 12.10

Dr. Rodrigo Almeida de Silva

Data: 17/11/2005

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO:

Sintoma Exipalca ou Onda da Perna (E)

INDICAÇÃO TERAPEÚTICA:

Artroscopia

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

QUIRURGO:

Dr. Poturk

1º AJUDANTE:

Dr. Sacramento (E)

2º AJUDANTE:

INSTRUMENTADORA:

3º AJUDANTE:

ANESTESIA:

ANESTESISTAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente com DDAI unilateral esquerda;
2. AA + CCE;
3. Incisão longitudinal anterior na perna (E) + dilatação por plano do foco da fratura + LMC crônica com SF 0,9% + manuseio ósseo + colocação da placa DCP 12 angulada + parafusos + fixação da pele;
4. Curativo + tala gipsada de gesso pedaleira;
5. A RPA.

Dr. Rodrigo Almeida de Silva
CRM: 12.10

Dr. Sacramento
CRM: 12.10



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"A Melhor Destinação dos Recursos"

FICHA DE ANESTESIA

BRUNO RODRIGUES ALMEIDA DA SILVA SR

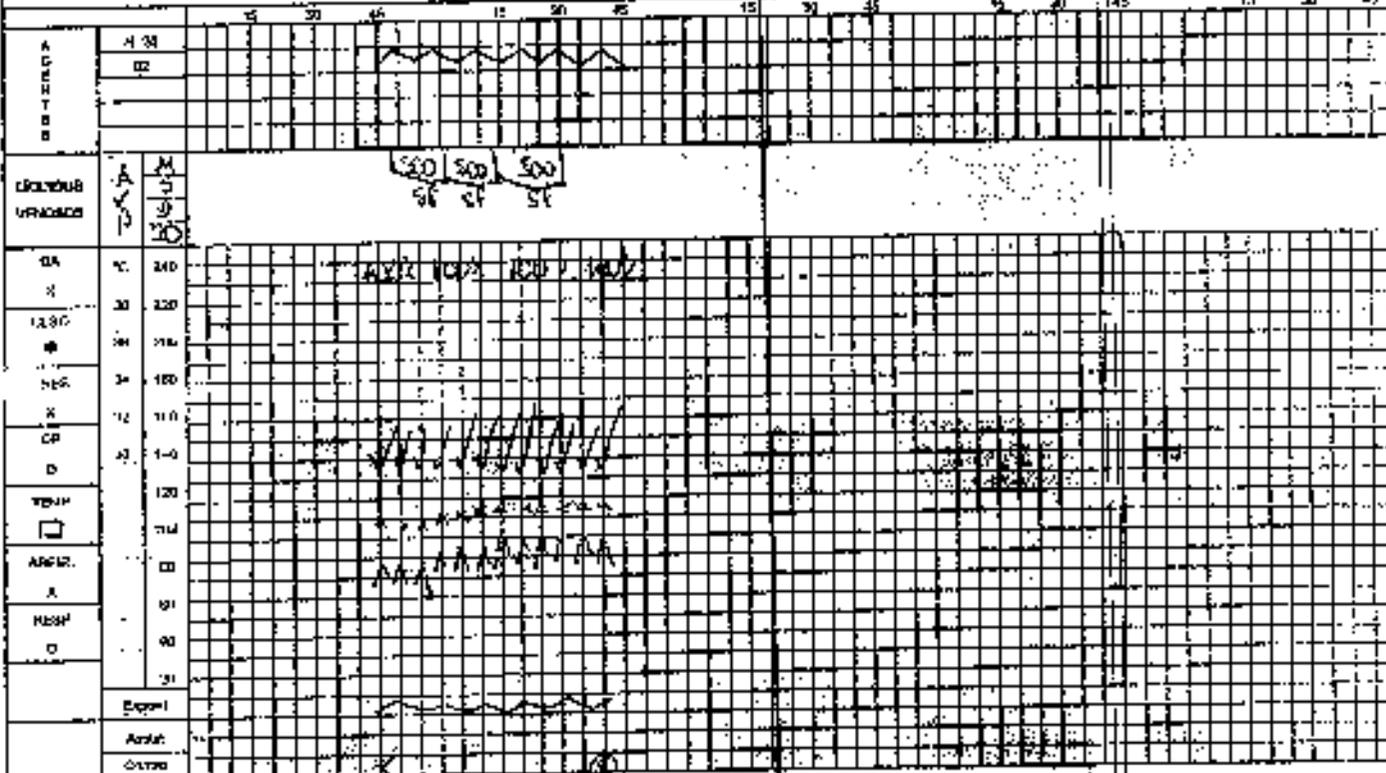
Emergência

PRÉ-MEDICAÇÃO - TIPOLOGIA - DOSE - MOM. - EFEITO

17.11.2018

2cl

2cl



PROBLEMAS

AGENTES	TIPOLOGIA	TÉCNICA
ROSCONINA 0,4% 20mg		RAQUIDURALGIA lombor
DIPOSONO 4%		GRUPO MEDICINA L3/L4, 0,5ml
CLORALINA 10/10		25% GELUZ. Líquido dor
		Ventilação espontânea
		500 Lt
QUANTIDADE	1500 ml	
NECESS		
ANÁLISE		

NOTAÇÕES

- x. monitorização não invasiva
- O2 suplementar 2L
- 3 Cateterismo lombar com alcalose
- Período subaracnóideo L3/L4
- medicação 0,4% 20mg
- 1. Capofolus 4
- 3 Ectonum 10mg
- x SRM

TOTAL 1500 ml | 20:45 ao 21:42

PROBLEMAS Oskossintex tibio (C)

LEITURAS - Oximetro - Exame Geral
Mecânica Respiratória - Hemograma
Balanço Hídrico

ANESTESIA: Dr. Fábio (R3) | COORDENADOR: Dr. Patrick / Dr. Marcos / Dr. Fernando

Dr. Dalton

Dr. Fábio (R3)

Dr. Patrick / Dr. Marcos / Dr. Fernando



GOVERNO DO ESTADO DE PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: ED. 319 APT OU LEITO: Nº DO PRONTUÁRIO: DATA: 17/01/14

PRONTO SOFÁ: ALMEIDA DA SILVA
CIRURGIA:
TIPO:
INÍCIO: 20:35 FIM: 22:20 TEMPO DE DURAÇÃO:
TEMPO TOTAL:

DIAGNÓSTICO: FRATURAS DA TÍBIA ESQ.
EQUIPE MÉDICA:
CIRURGIÃO: DR. PATRICK RIBEIRO
RES. ANESTESIA: DR. F. F. F. F.
INSTRUMENTADOR:
CIRCULANTE:
2ª AUXILIAR: DR. FERNANDO
3ª AUXILIAR:
TEMPO DE DURAÇÃO:

TIP. DE ANESTESIA:	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<u>g. s. d. n.</u>			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
			<u>2x 500ml</u>	<u>2,50</u>
			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
			FIO VICRYL Nº	
			FIO MONUMENTON Nº	
			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
			FIO CATGUT CROMADO Nº	
			FIO PROLENE Nº	
			FIO SEDA Nº	
			SURGICEL	
			CERA P/ OSSO	
			KIT CATARATA Nº	
			GEOFOAM	
			FITA CARDIACA	
			OUTROS: <u> </u>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A): <u> </u>	MATERIAL MEDICAMENTOS	
ENFERMEIRA CHEFE: <u> </u>	SUB-TOTAL	
CHEFE SERVIÇO: <u> </u>	TAXA DE SALA	
COORDENADOR(A) DE SALA: <u> </u>	TAXA DE ANESTESIA	
FUNCIONÁRIO ALCOFES: <u> </u>	SOMA	
<u> </u>	ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE	

DANFE

Documento com 12 dígitos Fiscal Autência

0 - ENTREGA EM SAÍDA

Nº. 080.000.212 Série 001 Nota 23



1412 0594 1562 6000 0173 8500 1000 0020 1219 5457 7910

Consulta de autenticação em portal nacional do SPC Consultas em portal nacional do SPC www.nfe.fazenda.gov.br Portal em no site do SPC Autorizadas:

314120000817572 - 30/05/2012 08:18:23

MILITEC COMERCIO E REPRESENTACOES LTDA R. Amílcar, 122 Jd. São José - 09062-170 BRAS - SP - CEP: 09062-170

NOTA FISCAL DE VENDAS DE MERCADORIAS DE TERCEIROS DE

244032055

01.056.2660001-73

Table with columns for item number, description, quantity, unit, price, tax amounts, and total. Items include various types of electrical equipment like inverters and controllers.

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE ATENDIMENTO EM CIRURGIA E ANESTESIA
ANTES DA INCISÃO

Nome: Roberto Roberto Oliveira de Sá
No. funcional: 10740

Assinatura: Dr. Roberto Francisco

SAÚDE: Ótima

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

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO: Não
2. SE AS CONDIÇÕES DE INSTRUMENTAR CÍRURGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORREIAS: Não

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO: Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE: Não

Assinatura e Carimbo:
Roberto Roberto Oliveira de Sá
Cirurgião em Anestesiologia

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE ATENDIMENTO EM CIRURGIA E ANESTESIA
ANTES DA INCISÃO

Nome: Roberto Roberto Oliveira de Sá
No. funcional: 10740

Assinatura: Dr. Roberto Francisco

SAÚDE: Ótima

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

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO: Não
2. SE AS CONDIÇÕES DE INSTRUMENTAR CÍRURGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORREIAS: Não

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO: Não

O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE: Não

Assinatura e Carimbo:
Roberto Roberto Oliveira de Sá
Cirurgião em Anestesiologia

Assinatura: Dr. Roberto Francisco

SAÚDE OPERATÓRIA: Ótima

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE: Sim

IDENTIFICAÇÃO DO PRELENTE: Sim

EVENOS CRÍTICOS PREVENTIVOS: Não

REVISÃO DO CIRURGIÃO: Sim

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Sim

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: Sim

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Sim

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: Sim

Assinatura e Carimbo:
Roberto Roberto Oliveira de Sá
Cirurgião em Anestesiologia

SAÚDE OPERATÓRIA: Ótima

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

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE: Sim

IDENTIFICAÇÃO DO PRELENTE: Sim

EVENOS CRÍTICOS PREVENTIVOS: Não

REVISÃO DO CIRURGIÃO: Sim

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Sim

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: Sim

REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA: Sim

REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM: Sim

Assinatura e Carimbo:
Roberto Roberto Oliveira de Sá
Cirurgião em Anestesiologia

Bloco F 1 Lt. 09

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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE <i>Belem R. A de Melo</i>		
DIAGNOSTICO <i>F. embol. P. + fr. embol. no do pulmão</i>		
ALERGIAS	HAS	DMZ
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SAB
2	AVP	<i>24/10/13</i>
3	CLFA OTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H	<i>24/10/13</i>
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H <i>S/N</i>	<i>24/10/13</i>
5	DIPHONA 1AMP + 8MI DE AD EV DE 6/6H	<i>S/N</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SL DOR INTENSA <i>S/N</i>	<i>S/N</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h <i>(S/N)</i>	<i>S/N</i>
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG <i>S/N</i>	<i>S/N</i>
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV <i>S/N</i>	<i>S/N</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 OU PAD > 110 MMHG <i>S/N</i>	<i>S/N</i>
11	CURATIVO DIARIO	<i>diva w</i>
12	SSV + CCGG 6/6 H	<i>24/10/13</i>
13	<i>glutamicum 240 EV 1 Vid</i>	<i>(24) VIF</i>
14	<i>cloruro 40g SE 1 Vid (Guajana)</i>	
15		
16		
17		
18		
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),	
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;	
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOS 50%	
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

NIR
 Regulado
 para leito
 01 BF 11
 Regulação Interna

Dr. Ricardo Aguiar
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 Hospital Geral de Horaima

SINAIS VITAIS

8 H	<i>130 + 70</i>	<i>80</i>	<i>36°C</i>
12 H	<i>130</i>		
18 H			
24 H			

F 04



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	BRUNO R. A. DA SILVA		
DIAGNÓSTICO	Fratura Fechada do 3º + fr. exp. oss. do 4º R. de Mano (G)		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO		DATA
TEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SUO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		MANHA
3	CEFALOTINA 1G EV 6/8H		18/11/2018
4	TIL A FIL 20MG EV 12/12H		SU
5	DIPRONA 2ML EV 6/8 S/N		SU
6	TRAMAL 100MG + SF 0.8% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SL DOR INTENSA		SU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SU
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		SU
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SU
10	SSVV + CCGG 6/8 H		Reducao
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		SU
14	CURATIVO DIARIO		Curativo
15	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA		100mg
16	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA		300mg
17			SU
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 L OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML; GLICOSE ≥ 80%		
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. [Signature]

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX
6 H	115/70	54	37.8°C
12 H	135/68	52	35.7°C
18 H	125/82	83	-
24 H	117/69-104	-	37.9°C

LT 04

04

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



DATA DE ADMISSÃO

DIH

DN

PACIENTE	BRUNO R. A. SILVA			ORÇ DA FAUNA
DIAGNÓSTICO	FRA TONA FERRE E + FX EXP			
ALERGIAS	HAS	DMZ		
IDADE	LEITO	DATA	19/11/18	
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE			5:00
2	AVP			06
3	CEFALOTINA 1G 1AMP +AD EV DE 8/8H			06
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H			06
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 8/8H			06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 SP VO DE 8/8H SE DOMINANTE			
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)			
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 OU PAD > 113 MMHG			
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N			
10	CAPTOPRIL 75 mg VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG			
11	CURATIVO DIÁRIO			
12	SSVV + CCGG 6/6 H			
13	...			
14	BENTANACINA 240mg EV 1x/24h			
15	CLOXANE 40 mg SC 1x/24h			
16				
17				
18				
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SO)			
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DUM GLICOSE ≥ 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.			

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D	S
5H	140x70	83	36.5	+	+
11H	120x80	97	37.7	+	+
18H	128x74	99	36.6°C	FM	19
24H	123x88	87	36.18°C		



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		BRUNO R. A. SILVA		(01)	
DIAGNÓSTICO		HAS	NEGA	DM2	NEGA
ALERGIAS		LEITO		DATA	20/11/2018
IDADE		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
ITEM					
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter 24h do
3	CEFALOTINA 1G EV 8/8H				18:00
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				SN
5	DIPIRONA 2ML EV 6/8 SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR IN	ENSA			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)				Matina
10	SSVV + CCGG 8/6 H				SN
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 BPOU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				curativo 20h
15	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA				16
16	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				
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 150%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Marcos Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15717/R

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	MAX
6 H	120/70	75		36°
12 H	110/60	85		36°
18 H	110/80	70		36°
24 H	120/70	82	20	36,5°

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



Unidade de Referência das Feridas
Hospital de Referência - LGR

Protocolo nº 1 | Versão: 01
Atualizada: Janeiro / 2013
ENF/LEITO: 04
Unidade de Referência
Fevereiro 2013

Nome: Priscila Rodrigues Almeida da Silva

Localização / Região: MIE

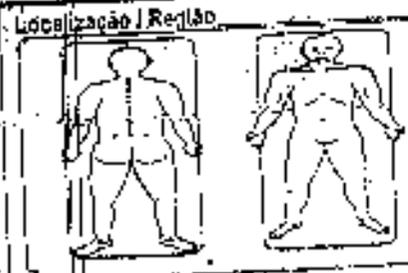
DATA: 20/11/18

GRAU - I
 GRAU - II



DATA:

GRAU - I
 GRAU - II



Etimologia

Pielonecrose
 Infecção bacteriana
 Trauma contuso
 Diabetes
 Doença vascular

Pressão - I - II - III - IV
 Varizes
 Alteração da circulação
 Trauma cirúrgico
 Trauma térmico

Tamanho da ferida:

Profundidade: _____ cm
Comprimento: _____ cm
Largura: _____ cm

Aparência do leito:

Tecido de granulação
 Tecido necrótico
 Seco, mínimo
 Úmido, moderado
 Úmido, excessivo

com escarado
 com escarado
 com escarado
 com escarado

Quilidade de Exsudato

Seroso
 Sanguinolento
 Purulento
 Seroso-sanguinolento

Seroso
 Purulento
 Sanguinolento
 Seroso-sanguinolento

Tipologia da cobertura:

Sim
 Não
 Não

Sim
 Não
 Não

Odor:

Normal
 Anormal
 Sem odor

Normal
 Macerada
 Seca
 Eritemato / Rubor

Condição da pele Periférica:

Normal
 Macerada
 Seca
 Eritemato / Rubor

Normal
 Macerada
 Seca
 Eritemato / Rubor

Solução para limpeza

Soro fisiológico 0.9%
 Clorexidina 0.05%
 Água

Soro fisiológico 0.9%
 Clorexidina 0.05%
 Água

Cobertura primária (Contato direto na lesão)

Gaze
 Fibrina
 AGE

Gaze
 Fibrina
 AGE

Hora do curativo:

14h

Data do Próximo curativo:

21/11/18

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Adonildes Costa Araújo

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Adonildes Costa Araújo

OBS: A Calça está quebrada na parte de trás do Coxa esquerda

OBS:

404-3 F-04



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTÓPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		BRUNO R. A. SILVA			
DIAGNÓSTICO:					
ALERGIAS		DIAS		DM2	
IDADE		LEITO		NEGA	
ITEM		PRESCRIÇÃO			DATA
					21/11/2018
					HORÁRIO
1	DIETA ORAL 1MRL				S.N.D
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				MANTER
3	CEFA OT NA 10 EV 6/8H				21/11/2018
4	CLATIL 200MG EV 12/24				21/11/2018
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN				21/11/2018
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DT CP VO DC 8/8h SE DOR INTENSA				21/11/2018
7	PLAS'L 10 mg EV 8/8h (S/N)				SN
8	RANITILINA 50MG LV 8/8H S/N				SN
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)				SN
10	SSVV + CCGG 6/6 -				SN
11	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 LV OU PAD > 110 MMHG				ATENÇÃO
12	CURATIVO DIÁRIO				SN
13	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA				CURATIVO
14	CLEXANF 40MG SC 1X/DIA				ATENÇÃO
15					16 NTE
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
19	CONFORME ESCALA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI				
20	351-400: 8UI > 400: 10 UI E QU GLICOSE > 70 DI AML, G: COSE 50%				
	40 MI LV + AVISAR PLANTONISTA				ATENÇÃO

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	P	TAX	Fq
6 H	124x81	77	36	18
12 H	129x78	77	36.5	19
18 H				
24 H	124x76	86	35.8	20

Dr. Marcos Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1517/RR
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTÓPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

16h PA 123/60

P 87
T 37.0C
R 20



Atendimento às Unidades das Feridas
 Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 16 Versão: 03
 Atualizada: Janeiro / 2013
ENF/LEITO: F04

Unidade de Referência
 Fevereiro 2013
1043

Nome: Bruno Rodrico		Localização / Região: INT-E	
DATA: 21/11/17		DATA:	
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia:	<input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> I-II-III <input type="checkbox"/> Varizes <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Tromboembólica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras:	<input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> I-II-III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Varicosas <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Tromboembólica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras:	
Tamanho da ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> amarelado <input type="checkbox"/> Testa escurecida <input checked="" type="checkbox"/> FRASC. ESCURVA <input type="checkbox"/> sem fundo <input type="checkbox"/> úmido pouco <input type="checkbox"/> úmido moderado <input type="checkbox"/> molhado abundante	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> bem vascularizado <input type="checkbox"/> Testa rosácea <input type="checkbox"/> Escara <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido pouco <input type="checkbox"/> úmido moderado <input type="checkbox"/> molhado abundante	
Características do Exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Sérico <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Sérico <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> perceptível 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 <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Escarada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Escarada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outras	
Cobertura primária (Contato direto no leito):	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sinalozina de Prata <input type="checkbox"/> Outras	<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"/> Outras	
Hora de curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima Limpeza Em caso de mudança:	DIÁRIO		
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro		01-	12-
OBS:		OBS:	

404-3

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	23/11/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA				S/N
2	AVP				manhã
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR				16:00
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H OU 3CP 500MH VO 6/6HR				12:00
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
13	CURATIVO DIÁRIO				m
14	SSVV + COGG 3/8 H				notina
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				18:00
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				18:00
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				18:00
18					
19					
20					
<p>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</p>					

16:00

12:00

18:00

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	131/88	80	20	36,8°C
18 H	110/70	82	20	37,3°C
24 H	122/85	97	19	36,1°C
06 H	110/85	80	20	36°C

Dr Marcos Aguiar
 CRM 1995
 Residente De Ortopedia e Traumatologia

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS 3 E 4

Nome: D. Bruno Roberto Almeida Enfermagem: 1004 Leito: 3
 Idade: _____ Sexo: M
 Diagnóstico: Insuficiência Renal Crônica
 () Sim Não () Padrão () Condição () Escala () Outros
 () Sim Não () Sim Não () Sim Não
 () Sim Não () Sim Não () Sim Não
 () Normal () Sem deambulação Acamado () Cadeira de rodas () Sinais () Outros

SISTEMA NEUROLÓGICO

Orientado () Desorientado
 Tímido () Comatoso
 Reflexo a estímulos () Não reage

PUPILAS

Míopes () Hipermetropes
 Anisocóricas () Normocóricas

REGULAÇÃO TÉRMICA

Hipotermico () Hipertérmico
 Febre () Anóxia

CARACTERÍSTICAS DA PELE

Desidratada () Úlceras
 Iluminada () Hemorragias
 Mucosa () Cicatrizes
 Eritema local

Sim Não
 Sim Não

SISTEMA CARDIOVASCULAR

Normotônico () Hipertônico
 Normopulsão () Hipopulsão
 Pulso Cheio () Pulso Filiforme

SISTEMA GASTROINTESTINAL

Normotônico () Hipertônico
 Normopulsão () Hipopulsão
 Pulso Cheio () Pulso Filiforme

REGULAÇÃO HÍDRICA

Sim Não

SISTEMA URINÁRIO

Espontânea () Não
 Polúria () Oligúria
 Costribúria () Anúria

SISTEMA RESPIRATÓRIO

Bradipneico () Taquípnico
 Sim Não

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS, DRENOS/ÓPTESES E PRÓTESES

Local: MSD Data: 20/11
 Local: _____ Curativo realizado em: _____
 Sim Não
 Sim Não
 Sim Não
 Sim Não

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

Padrão respiratório ineficaz
 Déficit na autocuidado para alimentação
 Déficit na manutenção com banho/higiene
 Conhecimento deficiente
 Comunicação verbal prejudicada
 Risco de dignidade humana comprometida
 Processos familiares disfuncionais
 Risco de quedas baixo
 Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
 Dor aguda
 Consciência
 Segurança
 Risco de pneumonia
 Risco de infecção
 Ventilação espontânea prejudicada



acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Processo nº F- Versão: 06
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 4041-3

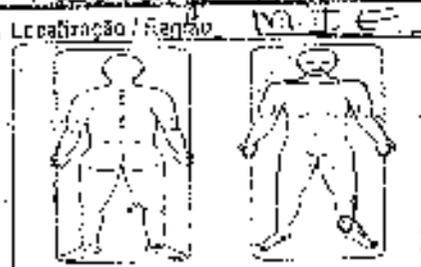
Data de elaboração:
Fevereiro 2013

Nome: Bruno Rodrigo Almeida da Silva

DATA: 22.11.18

GRAU: I

GRAU - II

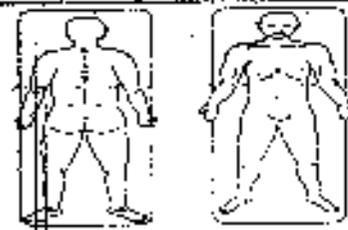


DATA: 22.11.18

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região:



Etiologia: Pressão I - II - III - IV Vaso arterial Diabética oncológica cirúrgica Trauma outras: _____

Tamanho da ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm

Aspecto do Leito: Tecido de granulação com esfacelo Tecido necrótico Escara

Quantidade de Exsudato: seco, mínimo úmido, pouco úmido, moderado molhado, abundante

Tipo de exsudato: Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serososanguíneo

Dor: Não Sim

Odor: evidente na remoção da cobertura à beira do leito evidente ao entrar no quarto Sulfúrico

Condição da pele Perilesional: Normal Macerada seca Eritema / Rubor Prurido Outras: _____

Solução para limpeza: Soro fisiológico 0,9% Clorexidina 1% Clorexidina 4% Outro: _____

Cobertura primária (Contato direto na lesão): Gaze Colágeno Fibrinase Sulfadiazina de Prata AGE Outro: _____

Tempo do curativo: Manhã Tarde

Local da Próxima troca: _____

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Técnico Enfermagem: Bruno Rodrigo Almeida da Silva

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Dr. Sírio de Oliveira

OBS: _____

D1-

32-

OBS: _____

Obs: Documento adaptado por Secretaria de Saúde Municipal de São José de Rio Branco e Copyright, Solutions Program. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

41043



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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA	
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TÍBIA E	
ALERGIAS	HAS	SIM
IDADE	31	LEITO
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DILTIAZEM HAS + LAXATIVA	<p><i>[Handwritten signatures and notes]</i></p> <p>23/11/2018</p>
2	AVP	
3	OLHO MINERAL 10 ML 8/8HR	
4	TENOXICAM 40 MG LV 21 X DIA S/N	
5	PLAS. 10MG LV 8/8H S/N	
6	DIPYRIDA 100 EV DE 8/8H OU 1CP 500MG VO 8/8HR	
7	TRAMAL 100MG + SFO 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO 5L PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	SSVV + COGG 8/8 H	
12	CLINDAMICINA 600MG IV 6/6HRS OU ZCP 300MG VO 6/6HR	
13	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA	
14	CIFEXANE 40MG SC 1X DIA	
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESCALMA: 200-250. 2UI; 251-300: 4UI 301-350. 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10 UI OU GLICOSE > 75 DJML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEitado no leito, AI VO, REATIVO,
 COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SLM AI FRAÇÕES
 EXAM FÍSICO: BGL, TOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ALERRII, PULNEICO,
 RORVOCORADO. HODRATADO.
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	136/72	81	20 35.3
18 H	130/80	79	20 36.0
24 H	140/70	81	36.29

D. Marcos Aguiar
 CRM 2095
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

PRÁTICA DE ENFERMAGEM

Porte de crachá de identificação

Participar ativamente da prática sempre e sempre

Do ponto de vista de sua atuação

Participar ativamente da prática sempre e sempre

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS:

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

ASS:

BRUNO CARVALHO

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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:
Nome Completo:		Idade:	Sexo:
Hipótese Diagnósticas:			
Procedência: <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotículas aéreas <input type="checkbox"/> Gotículas perdigitais			
Isolamento ou Precaução: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual (is):			
Necessidade de intérprete? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Qual idioma:			
Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Nome:			
Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> adeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> C/ suplenção/camisa de			

SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Tachicárdico
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Tônico	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Hipotensivo
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Respiração normal	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Arritmico
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
<input type="checkbox"/> Pupila mêntrica	<input type="checkbox"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Miátricas	<input type="checkbox"/> Não reage
<input type="checkbox"/> Pupila mêntrica	<input type="checkbox"/> Anisocórica	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Não reage
REGULAÇÃO TÉRMICA		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Piria
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarria
<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> História	<input type="checkbox"/> Presente
CARACTERÍSTICAS DO FELP		REGULAÇÃO PERIFÉRICA	
<input type="checkbox"/> Hiperatada	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Flácida
<input type="checkbox"/> Alarborada	<input type="checkbox"/> Hiperatada	<input type="checkbox"/> Hiperatada	<input type="checkbox"/> Timpânica
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Característica	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Actanótica	<input type="checkbox"/> Escama local	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Colúmbica
Úlcera por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ausente
Região: _____	Qual: _____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ausente
Curaivo realizado: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Ausente

SISTEMA RESPIRATÓRIO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Distúndio	<input type="checkbox"/> Anúria
<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico	<input type="checkbox"/> Cíclico	<input type="checkbox"/> Oligúria
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Hematúria
<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Flácido	<input type="checkbox"/> Urapen
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/ORENOS/ÓRTESES E PRÓTESES		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
Cateter Periférico: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Anúria
Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	<input type="checkbox"/> Distúndio	<input type="checkbox"/> Colúmbica
Sinais de Infecção no sítio da punção:	Local: _____	<input type="checkbox"/> Sístostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua
Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim	Local: _____	<input type="checkbox"/> Sístostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua
Quantidade: _____	Local: _____	<input type="checkbox"/> Sístostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua
Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	<input type="checkbox"/> Sístostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua
Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	Local: _____	<input type="checkbox"/> Sístostomia	<input type="checkbox"/> Irrigação contínua

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
<input type="checkbox"/> Degradação	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório inadequado	
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Deficit na autocuidado para alimentação	
<input type="checkbox"/> Risco de hiperemia instável	<input type="checkbox"/> Deficit na autocuidado para banho/higiene	
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume no líquido	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de agitação humoral comprometida	
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais	
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de quedas	
<input type="checkbox"/> Diarréia	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	
<input type="checkbox"/> Intenção de intestinais	<input type="checkbox"/> Dor aguda	
<input type="checkbox"/> Porção do sono prejudicada	<input type="checkbox"/> Dor crônica	
<input type="checkbox"/> Intenção de sono prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea	
<input type="checkbox"/> Intenção de sono prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	
<input type="checkbox"/> Risco de atropiação da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	
<input type="checkbox"/> Contato prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	

404-3

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
AGNÓSTICO FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E		
ALERGIAS	HAS	SIM
LEITO	404-3	DM2
IDADE	31	DATA 21/20/18
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA	S/N
2	AVP	MONITOR CONTINUA
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR	S/N
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	S/N
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H OU 1CP 500MH VO 6/8HR	S/N
10	TRAMAL 100MG + SFO 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 16D E OU PAD > 110 MMHG	S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V O 8/8 HRS S/N	S/N
13	CURATIVO DIÁRIO	curativo
14	SSV + CCGG 6/6 H	Relatório
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/8HRS OU 2CP 300MG VO 6/8HR	Relatório
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA	Relatório
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	10 HT
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	(18/6)
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS	CONT
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA	

RE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), COM ORME ESQUEVA: 200-260; 2UL 261-300; 3UL 301-350; 4UL 351-400; 5UL 401-450; 6UL 451-500; 7UL 501-550; 8UL 551-600; 9UL 601-650; 10UL 651-700. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTAS

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

OG - PA - 108/73 P. 76 T= 36.2

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130 x 80	79	20	36.0
18 H	129/89	92		36.4
24 H	128/97	93	20	37.6

Dr Marcos Aguiar
 CRM 1995
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

Dois 07 de 13 dia. Adm. ministrado medicação + SV de tra
 comparece PA + troca de AVP delco 22 MSD.

Bruno Rodrigues

Localização / Região

MBC



Localização / Região

Glúteo



DATA: *24/11*

GRAU -

GRAU - 1

Pressão I - II - III - IV Varicela Artéria Diabética
 Mecânica Alérgica Química Outra

Comprimento _____ cm Largura _____ cm

Profundidade _____ cm

Tecido de granulação com esclero

tecido necrótico

seco, úmido úmido, pouca

úmido, moderado úmido, abundante

Seroso Fibrinoso Sanguinolento

Purulento Secrossanguinolento

Úlcer Não

evidente na remoção de cobertura a tola do feto

evidente na extração de tecido Sem odor

Forma Macerada seca Entemia / rubor

Frasco Outras

Soro Fisiológico 0,9% Cloroxilina 1%

Cloroxilina 1% Outra

Gaze Colagenase

Irbinese Sulfadiazina de Prata

AGE Outra

Manhã Tarde

Med. na Próxima troca:

Quantidade de 4 ou 24hrs

Características da

Med. na Próxima troca:

Características da

Pressão I - II - III - IV Varicela Artéria Diabética
 Mecânica Alérgica Química Outra

Comprimento _____ cm Largura _____ cm

Profundidade _____ cm

Tecido de granulação com esclero

tecido necrótico

seco, úmido úmido, pouca

úmido, moderado úmido, abundante

Seroso Fibrinoso Sanguinolento

Purulento Secrossanguinolento

Úlcer Não

evidente na remoção de cobertura a tola do feto

evidente na extração de tecido Sem odor

Forma Macerada seca Entemia / rubor

Frasco Outras

Soro Fisiológico 0,9% Cloroxilina 1%

Cloroxilina 1% Outra

Gaze Colagenase

Fibrinase Sulfadiazina de Prata

AGE Outra

Manhã Tarde

Med. na Próxima troca:

Quantidade de 4 ou 24hrs

Características da

Med. na Próxima troca:

Características da

Diário
01 João Darc Paiva Laureto
COB 437.031 - TE

Diário
01 João Darc Paiva Laureto
COB 437.031 - TE

Diário
01 Bruno Rodrigues
COB 437.031 - TE

404.3



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

25 11 18
Colcha 55

DATA DE ADMISSÃO	D.H	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
ACÚSOS FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E		
ALÉRGICAS	VIAS	SIM
IDADE 31	LEITO 404-3	DATA 25/11/2018
TCM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA	SN
2	AVP	SN
3	OLHO MINERAL 10 ML 8/8HR	SN
4	TIENOXICAM 40 MG EV D1 X D A S/N	SN
5	PLASLON 100MG EV 8/8H S/N	SN
6	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H DJ 1CP 500MG VO 8/8HR	SN
7	TRAMADOL 100MG + SF0,9% 100ML EV DL 8/8H SE DOR INTENSA	SN
8	CAPTORIL 25 mg VO SE PAS > 160 F DL PAID > 10 MMHG	SN
9	SIMPLICONA 1 CP CD 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N	SN
10	OCURAT VO DIÁRIO	SN
11	SSVV + CCBG 8/8 -	SN
12	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS OU 2CP 300MG VO 8/8HR	SN
13	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA	SN
14	GILXANE 40MG 80 1X DIA	SN
15	NORIPRIMUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	SN
16	SULFATO TETRACICLICO 400MG 2 CP VO 12/2HRS	SN
17	ÁCIDO FÓLICO 5MG 01 COMP VO 1XDIA	SN

Handwritten notes and signatures: (13) (16) (18) (19) (20) (21) (22) (23) (24) (25) (26) (27) (28) (29) (30) (31) (32) (33) (34) (35) (36) (37) (38) (39) (40) (41) (42) (43) (44) (45) (46) (47) (48) (49) (50) (51) (52) (53) (54) (55) (56) (57) (58) (59) (60) (61) (62) (63) (64) (65) (66) (67) (68) (69) (70) (71) (72) (73) (74) (75) (76) (77) (78) (79) (80) (81) (82) (83) (84) (85) (86) (87) (88) (89) (90) (91) (92) (93) (94) (95) (96) (97) (98) (99) (100)

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGIÃO 100, COM ORINA 500ML, 700-750 2UL, 251 300; 4UL; 300-350 8UL; 1100 8UL; 1400 10UL; 1700 12UL; 2000 15UL; 2300 18UL; 2600 20UL; 2900 22UL; 3200 24UL; 3500 26UL; 3800 28UL; 4100 30UL; 4400 32UL; 4700 34UL; 5000 36UL; 5300 38UL; 5600 40UL; 5900 42UL; 6200 44UL; 6500 46UL; 6800 48UL; 7100 50UL; 7400 52UL; 7700 54UL; 8000 56UL; 8300 58UL; 8600 60UL; 8900 62UL; 9200 64UL; 9500 66UL; 9800 68UL; 10000 70UL

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CONHECIMENTO PACIENTE ELITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANCIÓRICO, AFEBRIL, EUPNÓICO,
NÃO VOMITADO, HODRATADO.
PROFUSÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
GH	PA	FC	FR	
12 H	117/87	93	19	36,7°C
18 H	118/92	98	19	36,6°C
24 H	116/99	97		36,6°C

Dr. Marcos Aguiar
CRM 3855
Residência de Ortopedia e Traumatologia

Oct. 950V
PA 117 x 74
FC 80
T 36,6°C

Tec. Aguiar

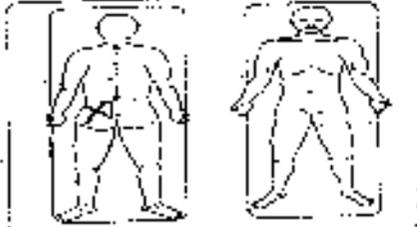
At as 19 hs. Pac. sem queixas administrada medicação e por, aferida sinais vitais, funções fisiológicas presentes, sem auxílio de oxigênio.

BRUNO RODRIGO A. DA SILVA

Localização / Região **GLUTEO**

Localização / Região

DATA: 25/03/18



DATA:

GRAU - I

GRAU - II



GRAU - I

GRAU - II

Estado

Pressão I - II - III - IV Venosa: Arterial Diabética
 Arterial Cirúrgica Traumática

Fressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
na: Total Parcial Total Parcial

Temperatura da Ferida:

Comprimento: _____ cm. Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Características do Leito:

Tecido de granulação sem estase
 Tecido necrótico

Tecido de granulação com estase
 Tecido necrótico Escara

Umidade / Secidade:

seco, úmido úmido, muito
 úmido, moderado molhado, abundante

seco, úmido úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

Aspecto exudativo:

Sero Fibrinoso purulento
 Purulento Serosanguinolento

Soro Fibrinoso Sanguinolento
 Feculentos Serosanguinolento

Dor:

Sim Não
 existente na porção da abertura a beira do leito
 existente no interior do quarto sem dor

Sim Não
 existente na porção da abertura a beira do leito
 existente no interior do leito sem dor

Características da pele Periférica:

Normal Macerada seca Escama / Rubor
 Prurido Outras

Normal Macerada seca Escama / Rubor
 Prurido Outras

Solução para limpeza:

Soro Fisiológico 0,9% Oxex dms 15%
 Clorexidina 4% Curat

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 4% Oxex

Gabapentina (tratado direto na ferida)

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sufacias de Prata
 AGE Outro

Gaze Colagenase
 Fibrinase AGE
 No aglutina Polidiazina de Friso
 Outros

Hora do curativo:

Manhã Tarde

Manhã Tarde

Data da Próxima troca:

DIÁRIO

Comando e Assinatura Enfermeiro(a)

01- **Bruno S. Pereira**
Téc. em Enfermagem
CRP: 818329

02- **Mrs. Simone M. de Oliveira**
Enfermeira
CORE-PA - 828.806 - TE

Comando e Assinatura do Enfermeiro(a)

DATA:

DATA:



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

404
3

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
AGNÓSTICO FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E		
ALERGIAS	HAS	SIM
IDADE 31	LEITO	404-3
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA	
2	AVP	
4	OLCO MINERAL 10 ML 8/8HR	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR	
10	TRAMAL 100MG + SFD, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 E OU PAD > 100 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIARIO	
14	SSVV + CCGG 8/6 H	
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR	
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA	
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS	
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA	

Handwritten notes and signatures:
 - "Ficou" (written near item 4)
 - "Não tem" (written near item 18)
 - Multiple illegible signatures and scribbles.

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2U; 250-300; 4U; 300-350; 6U; 350-400; 8U; 400-450; 10 U E OU GLICOSE 75 DUAL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFE BRN, FUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/90	104	18	36,4°C
18 H	122/74	83	20	35,9°C
24 H	140/80	89	20mpm	37,3°C

Dr Marcos Aguiar
CRM 1998
Residente de Ortopedia e Traumatologia

06h. 130/80 80 20mpm 36,4°C
 Os 38h, tratai todos 1 hora de
 oxigênio f. No do MDC.

Small stamp or logo at the bottom right corner.

4043



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA					
AGNÓSTICO FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	27/11/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA				
2	AVP				
4	CI FD MINFRAL 10 ML 8/BHR				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	PLASIL 10MG EV 8/8! S/N				
3	DIPÍRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR				
10	TRAMAL 100MG + SFO.0% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 150 e OU PA > 100 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 8/8 H				
15	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
18	NORPURIUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/2HRS				
20	ÁCIDO FÓLICO 5MS - 03 COMP VO 1XDIA				

SE C/ABECCO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), COM ORAL LSG. LAM 200-250. 2UI, 25-300: 4UI, 300-350: 6UI; 351-400: 8UI, 400-450: 10 UI F. GL. C. COLESE 4 TO DL/ML, GLICOSE 80% 40 ML EV + VIVIAN PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, IOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SLM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
B H	PA	FC	FR	
12 H	120x80	68	18	36.6
18 H	118x69	86	19	37.3
24 H	122x75	78	20	36.9
	113/71	79	19	36.28

Dr. Marcos Müller
CRM 8888
Residência em Ortopedia e Traumatologia



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS 1 A 6

Paciente: D Data: 27.11.18 Enfermeiro: 404 Leito: 3

Nome Completo: Brúnia Rodrigues Almeida Silva Idade: 36 Sexo: F

Hipótese Diagnóstica: IX. X. Diátese de fígado e fígado

Presença de Presença: () Sim (X) Não () Padrão () Consulta () Garfola - áreas () Garfola - pendentes

Qual(is):

Qualidade da interpretação? () Sim (X) Não Qualidade:

Sua situação particular: (X) Sim () Não Obs:

Deambulação: () Normal () Sem deambulação (X) Acariado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/ambulação

SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
<input checked="" type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Normotênico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico
<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input checked="" type="checkbox"/> Normotênico	<input type="checkbox"/> Hipotênico
<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso cheio	<input type="checkbox"/> Pulso fraco
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E ESTADO DA PRECONDIÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Isotópicas	<input type="checkbox"/> Miotópicas	<input checked="" type="checkbox"/> NG	<input type="checkbox"/> SNG/SUG
<input type="checkbox"/> Anisotópicas	<input type="checkbox"/> Não reage	<input checked="" type="checkbox"/> Aceitação da dieta	<input type="checkbox"/> Não

REGULAÇÃO TÉRMICA		REGULAÇÃO HÍDRICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input checked="" type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarréia
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Pirécia	<input checked="" type="checkbox"/> Flatos	<input type="checkbox"/> Presença

CARACTERÍSTICAS DA PELE		REGULAÇÃO SÓDICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Húmida	<input checked="" type="checkbox"/> Normotônica	<input type="checkbox"/> Distônica
<input checked="" type="checkbox"/> Hipocrômica	<input type="checkbox"/> Hipercrômica	<input type="checkbox"/> Anúria	<input type="checkbox"/> Anúria
<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Ginecica	<input type="checkbox"/> Púrp. Hidrocaréus	<input type="checkbox"/> Anúria
<input checked="" type="checkbox"/> Edema local		<input type="checkbox"/> Visceromegalias	<input type="checkbox"/> Síndrome
<input type="checkbox"/> Síndrome de estase	() Sim () Não	<input checked="" type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD
<input type="checkbox"/> Síndrome de estase	() Sim () Não	<input type="checkbox"/> Polúria	<input type="checkbox"/> Oligúria
<input type="checkbox"/> Síndrome de estase	() Sim () Não	<input type="checkbox"/> Taquístomia	<input type="checkbox"/> Hematúria

SISTEMA RESPIRATÓRIO		SISTEMA RESPIRATÓRIO	
<input checked="" type="checkbox"/> Bradipneia	<input type="checkbox"/> Taquipneia	<input type="checkbox"/> Dispneia	<input type="checkbox"/> Ar ambiente
<input type="checkbox"/> Síndrome	<input checked="" type="checkbox"/> Não	Qual:	

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Periférico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	Local: <u>7756</u>	Data: <u>28/11/18</u>	Trocar em: <u>28/11</u>
Cateter Central: () Sim (X) Não	Local: _____	Curva (cateter em): _____	Trocar em: _____
Qualidade da conexão no sítio da punção: () Sim () Não			
Qualidade: () Sim (X) Não () SNG	() SOG () SRE () SOE () GTT	() Lavagem	() S/otagem
Trocar em: _____	Aspecto da inserção: _____	Quantidade: _____	
Cateter Vesical: () Sim (X) Não	Data da instalação: _____	Trocar em: _____	
Cateter: () Sim (X) Não	Tipo: _____	Local: _____	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
<input type="checkbox"/> Desequilíbrio	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz
<input type="checkbox"/> Alteração na função do equilíbrio	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação
<input type="checkbox"/> Alteração da glicemia instável	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene
<input type="checkbox"/> Alteração no equilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada
<input type="checkbox"/> Alteração da função deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida
<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais
<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de quedas <u>APCADO</u>
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio da temperatura corporal
<input type="checkbox"/> Dor aguda	<input type="checkbox"/> Dor aguda
<input type="checkbox"/> Dor crônica	<input type="checkbox"/> Dor crônica
<input type="checkbox"/> Náusea	<input type="checkbox"/> Náusea
<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração
<input type="checkbox"/> Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Risco de infecção
<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada

Tratamento de Feridas -

Paciente:

Bruno Realiog A. da Silva

HGR

Leito: 404-3

Data: 27/11/18

Localização	 	Região: <u>Sacral</u>	 	Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> ALPP I III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vasculiar <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros: _____			
Pele Perifereional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Jilernia / Rubor <input type="checkbox"/> Outras: _____			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso () Sanguinolento () Seco <input type="checkbox"/> Outros: _____			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco <input type="checkbox"/> Mollado () Yrnido () Seco			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70%			
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colágenoase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prala () Hidrogei <input checked="" type="checkbox"/> Outros: <u>AGE</u> () Outros: _____			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Geria de Enfermagem N. Viana Auxiliar de Enfermagem Conselho P. 49709  <u>F. M. de Azevedo</u>			
Observações:	 			

Tratamento de Feridas -

 Paciente: **Bruno R. A. Salvea**

HGR

 Leito: **2.045**

 Data: **28/11/2018**

Localização			Região: abdômen			Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> QLP/PP/KII III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> IEP/ I III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: Tração Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Neira <input type="checkbox"/> Estável <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Drenos/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Neira <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Drenos/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perifoneal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Ferida/ Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Ferida/ Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input checked="" type="checkbox"/> Outro:		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco				
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70%			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: Alcolubecel		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:			
Proca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h				
Profissional que realizou procedimento:	Carla Soares Costa Enfermeira		Carla Soares Costa Enfermeira			
Observações:						



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

24

DATA DE ADMISSÃO		D'H		ON	
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA					
ACNÓSTICO FX DIÁFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	28/11/2013
PRESCRIÇÃO					HORARIO
1	DIFTA ORAL HAS + LAXATIVA				5:30
2	AMP				5:30
3	O.FO V. GERAL 10 ML 8/8HR				5:30
4	T.FNOX CAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				5:30
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				5:30
6	DIPIRONA 10 EV DE 6/6H OU 1CP 600MH VO 6/6H				5:30
7	TRAMAL 100MG + SF 9% 100ML EV DE 6/6H SF COR INTENSA				5:30
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG				5:30
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N				5:30
10	CURATIVO DIAR. O				5:30
11	SSVV + COGG 6/6 H				5:30
12	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				5:30
13	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				5:30
14	GLIXANE 40MG SC 1X DIA				5:30
15	NORBITRUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				5:30
16	SULFATO FERROSO 400MG 2 CP VO 12/12HRS				5:30
17	ACIDO FOLICO 5MG - 01 COMP VO 1X DIA				5:30

Handwritten notes and signatures on the right side of the prescription form, including circled numbers and names like 'SA' and 'NTF'.

SE DIRIGIR AO CONSULTÓRIO COM VESTIÁRIO COMPLETO, CONFORME ESCHEMA. CUBO 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RECONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM A.T.FRAÇÔLS
 FEXA V.C. - SICO: INFG, LOTE, ACIAKÓRICO, ANCIÉRICO, A- FBRIL, LUPNIFICO, RORVOCORADO, HIRATADO.
 E.PBLVIAO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FG	FR	SS 90
6 H				
12 H	130 x 80	80	20	36
18 H	116 x 65	82	sem relaçao	37, 1°C
24 H	80 x 50	85	19	37, 1°C

Dr Marcos Ap. Lar
CRM 1995
Residência em Ortopedia e Traumatologia

13:00 às 14:00h.
 Realização das administrações de medicação de rotina, sendo a medicação insuficiente 500 g de peso não tem medicação para fratura, medicação para os olhos, segue nos cuidados de...

Handwritten notes at the bottom right, including a date stamp: 28/11/2013.



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

4103

DATA DE ADMISSÃO		DI	DN		
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA					
AGNÓSTICO FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA 30/11/2018	
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIE TA ORAL HAS + LAXATIVA				
2	AVP				
4	DIFCO MINFRA. 10 ML 8/8 HR				
7	TENOX.CAM 40 MG EV 31 X DIA S/N				
8	PIASU 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1000 EV DE 6/5H OU 1CP 500ML VU 6/5HR				
10	TRAVAL 100VIG - SI 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR IN TLNSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 / OJ PAO > 120 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + COGG 6/6 H				
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				
17	C. FXANE 40MG SC 1X D A				
18	NORIPURJM 1 AMP LV 1 X AO D A				
19	SOL.FATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS				
20	ACIDO FOL. CO 5MG - S1 COMP VO 1X DIA				

ja iniciado
[Handwritten signatures and notes]

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA ATÉ 120 MG/24H. SE COM DIABÉTICO ESCURVA 200/150 200/150 400/300 400/300 600/400 600/400 800/500 800/500 1000/600 1000/600 1200/700 1200/700 1400/800 1400/800 1600/900 1600/900 1800/1000 1800/1000 2000/1100 2000/1100 2200/1200 2200/1200 2400/1300 2400/1300 2600/1400 2600/1400 2800/1500 2800/1500 3000/1600 3000/1600 3200/1700 3200/1700 3400/1800 3400/1800 3600/1900 3600/1900 3800/2000 3800/2000 4000/2100 4000/2100 4200/2200 4200/2200 4400/2300 4400/2300 4600/2400 4600/2400 4800/2500 4800/2500 5000/2600 5000/2600 5200/2700 5200/2700 5400/2800 5400/2800 5600/2900 5600/2900 5800/3000 5800/3000 6000/3100 6000/3100 6200/3200 6200/3200 6400/3300 6400/3300 6600/3400 6600/3400 6800/3500 6800/3500 7000/3600 7000/3600 7200/3700 7200/3700 7400/3800 7400/3800 7600/3900 7600/3900 7800/4000 7800/4000 8000/4100 8000/4100 8200/4200 8200/4200 8400/4300 8400/4300 8600/4400 8600/4400 8800/4500 8800/4500 9000/4600 9000/4600 9200/4700 9200/4700 9400/4800 9400/4800 9600/4900 9600/4900 9800/5000 9800/5000 10000/5100 10000/5100 10200/5200 10200/5200 10400/5300 10400/5300 10600/5400 10600/5400 10800/5500 10800/5500 11000/5600 11000/5600 11200/5700 11200/5700 11400/5800 11400/5800 11600/5900 11600/5900 11800/6000 11800/6000 12000/6100 12000/6100 12200/6200 12200/6200 12400/6300 12400/6300 12600/6400 12600/6400 12800/6500 12800/6500 13000/6600 13000/6600 13200/6700 13200/6700 13400/6800 13400/6800 13600/6900 13600/6900 13800/7000 13800/7000 14000/7100 14000/7100 14200/7200 14200/7200 14400/7300 14400/7300 14600/7400 14600/7400 14800/7500 14800/7500 15000/7600 15000/7600 15200/7700 15200/7700 15400/7800 15400/7800 15600/7900 15600/7900 15800/8000 15800/8000 16000/8100 16000/8100 16200/8200 16200/8200 16400/8300 16400/8300 16600/8400 16600/8400 16800/8500 16800/8500 17000/8600 17000/8600 17200/8700 17200/8700 17400/8800 17400/8800 17600/8900 17600/8900 17800/9000 17800/9000 18000/9100 18000/9100 18200/9200 18200/9200 18400/9300 18400/9300 18600/9400 18600/9400 18800/9500 18800/9500 19000/9600 19000/9600 19200/9700 19200/9700 19400/9800 19400/9800 19600/9900 19600/9900 19800/10000 19800/10000

VOLUÇÃO MÉDICA:

ELVCONTRO PACIENTE DEITADO NO LITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BGL, LO/L, ACIANÓTICO, ANCTÉR CO, A-LIRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
*PRIVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

GH: 105x69 74 20 36,7°C				
SINAIS VITAIS				
GH	PA	FC	FR	
12H	140/60	86	20	36,7°C
18H	140/60	92	20	
24H	135x84	90	19	36,7°C

Dr. Marco Aguiar
CRM 1547
Residência de Ortopedia e
Traumatologia

19:00 as 07:00 Admimistrado
Medicações cpm, a ferido SSVU
Seguir com cuidados de enfermagem



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

DATA DE ADMISSÃO	DIH			DN
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA			
AGNÓSTIO	FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E			
ALERGIAS	HAS	SIM	DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA 01/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA			5:00
2	AVP			Manhã
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR			08:00
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			5:00
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			5:00
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MG VO 6/6HR			5:00
10	TRAMAL 100MG + SF0 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			5:00
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			5:00
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			5:00
13	CURATIVO DIÁRIO			Reativo
14	SSVV + CCGG 6/8 H			Realizar
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR			18:00
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA			18:00
17	GLEXANE 40MG SC 1X DIA			18:00
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA			18:00
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS			18:00
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA			18:00

Liberado Farmácia

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (80) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI 251-300: 4UI 301-350: 6UI; 351-400: 8UI 401-450: 10 UI E QUI GLUCOSE < 70 DLM/L, GLUCOSE 50% 40 ML EV + AV.SÃO PLANTOMISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

*SSVV 08h
 PE 7/12/18
 SC 76
 + 36,3*

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/80	76	20	36,3
18 H	130/80	80	20	36,3
24 H	120/70	80	20	36,3

Dr Marcos Aguiar
 CRM 1985
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Das 09h às 15h. Foi ministrado medicamento + SV de boca. Foi liberado para a farmácia, porém não liberou alegando ser para alguns pacientes. Enfermeira criou.



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFÍSE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	02/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA				S/N
2	AVP				
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/BHR				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR				
10	TRAMAL 100MG + SFD, 8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				H1
14	SSVV + CCGG 8/6 H				
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				10-18 2x0/6
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				CONT
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				10
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				18
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS				18 9/6
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA				12

Handwritten notes and signatures:
 S/N
 10-18 2x0/6
 CONT
 10
 18
 18 9/6
 12

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-200, 200, 250-300, 400, 200, 350, 600, 350-400, 600, 2-400, 10 UN EV Glicose < 70 DM/L. GLICOSE 50% 40ML EV + AVISAR PLANSORBITA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	70	64	20	36+
6 H	70	FC	FR	36+
12 H	74	80	19	36 E
18 H	80	82	-	35, 37
24 H	60	68	25	37

Dr Marcelo Aguiar
 CRM 1995
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Handwritten notes:
 07 as 19 - Adm. med. C.P.M. + cuidados de enfermagem + sinais vitais

Handwritten signature:
 Valdeci
 Residência de Ortopedia e Traumatologia

404-3



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E				
ALÉRGICAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	03/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA				
2	AVP				
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110-MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 8/6 H				
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS				
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA				

74 22 06

S/N

m

Rotina 12-24 d/6

16h

12-24

16

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-950; 2UI; 250-300; 4UI; 500-950; 6UI; 550-400; 5UI; 2-100; 10 UI E OUTROS CASOS 2 7H DUML. GLICOSE 500 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	116x70	--	--	36,7
18 H	120x80	88	20	36,5
24 H	118x62	77	18	37,0

Dr. Marcos Aguiar
CRM 1995
Residente De Ortopedia e Traumatologia

19 as 7h Administrado as medicações CPM, realizado Ap Pnc MSD com glicose 50 e aferido SSVV. Tec. Laizykeli



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

4104
3

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
DIAGNÓSTICO FX DIAFÍSE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E		
ALERGIAS	HAS	SIM DM2
IDADE	LEITO	DATA 04/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA	
2	AVP	
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	* DIPIRONA 1G EV DE 6/8H OU 1CP 500MH VO 6/8HR	
10	TRAMAL 100MG + SFD 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CGGG 6/6 H	
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/8HR	
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA OU 1 CP V.O	
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS	
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA	

Handwritten notes and signatures: (14), (22), (9), (18), (20), (24), (26), (28), (30), (32), (34), (36), (38), (40), (42), (44), (46), (48), (50), (52), (54), (56), (58), (60), (62), (64), (66), (68), (70), (72), (74), (76), (78), (80), (82), (84), (86), (88), (90), (92), (94), (96), (98), (100)

07 as 13hs
Administração
medicamentos
com, aferi
SSVV

SE DIABÉTICO COMPENSAÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-200, 200; 250-300; 400; 300; 500; 800; 550-400; 800; 2-400-10 ML E.O.U. GLICOSE = 70 D.ML, GLICOSE 20% 40 ML EV + AMIBAR P. ANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTT, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LUPNLICO, NORMOCORADO, HIDRÁTADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	122/72	72	19	36,42
18 H	111/61	75	sem saturação	36,6
24 H	98/62	74		36,3
				36,3

OG- 100/72 57

Odinachi Okerniri
CRM 1851/RR
Residência de Ortopedia e
Traumatologia

Handwritten signature and stamp: [Signature] [Stamp]



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

4104
3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ		
ALERGIAS	HAS	DM2
IDADE 31	LEITO 404-3	DATA 05/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O	
7	TENOXICAM 40 MG EV 0 ^a X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SFC 0,9% 100ML EV DE 6/6H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO 5 ^a PAS > 160 E OU PAD > 110 NIMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GUTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
14	SSVV + DCGG 6/6 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS	
17	CLFXANE 40MG SO 1 X AO DIA	
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	
19	OLEO MINERAL 10ML VO 8/8HRS	
20	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS	
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA	
<p>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</p>		

HORARIO

Handwritten notes and signatures in the top right section.

Handwritten notes and signatures in the middle right section.

EVOLUÇÃO

#1 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LLITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
#2 EXAME FÍSICO: REG, LO FE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
#3 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	120x85	70	14	36°C
12 H	PA	FC	FR	TAX
18 H	114/70	64	19	36,0
24 H	103/62	48	20	36,6°C
	100/60	40	14	36°C

Dr Osinachi Okemirji
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
Rm 1851-PR

Handwritten signature of the physician.



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

4043

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA	
AGNÓSTIC	FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ	
ALERGIAS	HAS	DMZ
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O	
7	TENOXICAM 40 MG EV C1 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAÍS > 160 F OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	DMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
16	CURATIVO DIÁRIO	
18	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS	
17	CLEXANÉ 40MG SC 1 X AO DIA	
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	
19	OLIO MINERAL 10ML VO 8/8HRS	
20	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS.	
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA	
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CON: ORME ESQUEMA. 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI L OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

HORARIO
[Handwritten signature]

[Handwritten notes and signatures]
recomendar medicações

EVOLUÇÃO
ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HÍDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	120/60	75	20mpm	36,1°C
12 H	PA	FC	FR	
18 H	120/60	72	20mpm	36,6°C
24 H	113/69	71	20	36,6°C
29 h	120/80	80	20mpm	36,3°C

Dr Odizachi Okumari
Residente De Ortopedia e Traumatologia
CRM 1255-RR

07 de 13 - *[Handwritten signature]* M. M. C. P. M. F.
SSVV

ADM medicações conforme prescrição, afeto de vitais



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

404
3

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____
 PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA
 AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ
 ALERGIAS _____ HAS _____ DM2 _____
 IDADE 31 LÉITO 404-3 DATA 07/12/2018
 TEMPRESCRIÇÃO

- 1 DIETA ORAL LIVRE
 - 2 AVP
 - 4 LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP VO
 - 7 TENOXICAM 40 MG EV Q1 X DIA S/N
 - 8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N
 - 9 DÍPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N
 - 10 TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA
 - 11 CAPTOPRIL 25 mg VO SC PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG
 - 12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N
 - 13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N
 - 14 SSVV + CCGG 6/6 H
 - 15 CURATIVO DIÁRIO
 - 16 CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS
 - 17 CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA
 - 18 NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA
 - 19 OLEO MINERAL 10ML VO 8/8HRS
 - 20 SULFATO FERROSO 100MG 2 CP VO 12/12HRS
 - 21 ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AODIA
- 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

HORARIO
 [Handwritten notes and signatures]

EVOLUÇÃO
 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LLITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO: REC, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	120/70	89	20	36,5
24 H	128/77	73	19	36,0

Dr Odinacy Oknima
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

7 de 13 hg por adm
 medicado horário
 Ana Maria S. Macedo
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 802.411.534

13:00 às 14:00
 Conselho Administrativo de Residência de Ortopedia e Traumatologia
 Ana Maria S. Macedo
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 802.411.534



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

404



DATA DE ADMISSÃO		DH		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ				
ALERGIAS		FIAS		DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	08/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DILTA ORAL LIVRE				S/N
2	AVP				Manten
4	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O				16
7	FLNOXICAM 40 MG EV 31 X DIA S/N				S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N
9	DIPIRONA 1G LV LIE 8/6H S/N				S/N
10	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 L/DI PAD > 110 MMHG				S/N
12	SIMPLIFICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 2 CP V.O S/N				
14	SSVV + CCGG 8/8 H				Ritua
15	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
16	CLINDAVICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 8/6HRS				12 18 24 08
17	CELEXANL 40MG SC 1 X AO DIA				16
18	NORPIRUM 1 AMP LV 1 X AO DIA				16
19	OLEO MINERAL 10ML VO 8/8 HRS				Remoção (26) (16) (24)
20	SULFATO FERROSO 10MG 2 CP VO 12/12HRS				12 18 24
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AODIA				16
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

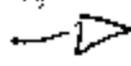
EVOLUÇÃO

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALÉTRACÕES
 EXAME FÍSICO: MUC, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, PUPNETOS, NDRMOCORADO, HIDRATADO.
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H				
12 H	PA	FC	FR	T
18 H	125/74	70	20	36,6
24 H	140/20	88	17	38,8
24	127/102	74		36,6
00	135/100	68		36,5

[Handwritten signature]
 Dr. Diogo Clemente
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRR 1851 RR



404-3

M



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	09/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				
4	LEVOFLOXACINA 500MG LV OU 1 CP V.O				
7	IFNOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DC 8/8H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV (DE 8/8H) SE DOIR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
14	SSVV + CUGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	CLINDAMICINA 800MG EV 8/8HRS OU 2CP (300MG) V.O 8/8HRS				
17	GLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA				
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
19	OLEO MINERAL 10ML VO 8/8HRS				
20	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS				
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA				
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 DI./ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AMISAR PLANTONISIA					

EVOLUÇÃO

ENCONTRO PACIENTE DEIXADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO.
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HÍDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	120x50	66	19	36,0°C
12 H	PA	FG	FR	T
18 H	116x50	70	20	36,5°C
24 H	122x50	70	19	36,7°C
24 H	100x50	70	19	36,0°C

Dr. Odinchi Okeniri
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851 RR



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

404
3

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
AGNÓSTIK FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ		
ALERGIAS	FIAS	DM2
IDADE 31	LEITO 404-3	DATA 10/12/2018
TIEM	PRESCRIÇÃO	
1	DURETA ORAL LIVEL	
2	AMP	
4	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O	
7	TENOXICAM 40 MG LV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 100MG FV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G FV DE 8/8H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML FV DE 8/8H SL DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG FV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
14	SSVV + COGO 8/8 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 8/6HRS	
17	CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	
18	NORIPURUM 1 AMP LV 1 X AO DIA	
19	OLIO MINERAL 10ML VO 8/8HRS	
20	SULFATO FERROSO 400MG 2 CP VO 12/12HRS	
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA	
<p>SE DIABÉTICO CORRIGÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUIEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI L OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML FV + AVISAR PLANTONISTA</p>		

EVOUÇÃO

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

06:00 de SSVV
PA 133 x 86
FC 86
TAX 36,2°C

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
14:20 H	123/75	83	20	35,8
18 H	132/70	68	18	34,8°C
24 H	132/70	68	18	34,9°C

Dr. Odinei G. Costa
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1231 RR

4hrs P.A 110 170 mmHg P: 80 R: 18 T: 36,2°C

13 e 14hs losartano
med. cpr e de heparina + SU

de 26

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

Bloco: D Data: 10/12/18 Enfermaria: 404 Leito: 3
 Nome Completo: Diana Rádigue Almeida da Silva Sexo: () F (X) M
 Hipótese Diagnóstica:
 Isolamento e Precaução: () Sim () Não () Pálido () Contato () Glicúlia anormal () Sínclise - perigotas
 Alargat: () Sim () Não Qual(is):
 Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma:
 Possui acompanhante: () Sim () Não Obs:
 Desambulação: () Normal () Semi desambulação () Acenado () Cadela de rodas () Fraca () Cumprometida/Cambaleante

SISTEMA NEURÓLOGICO () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torpado () Comatoso () Agitado () Resposta estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdica () Bradicárdica () Taquicárdica GC: _____ () Normotensa () Hipotensa () Hipertensa PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulsa: _____	
PUPILAS () Homóteras () Mioticas () Midriáticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reage		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SDE () GTT () NFI Anestesia da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Mena Flatus: () Presente () Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Piroxa () Hipotensão		REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendido () Globoso () Flácido () Ascítico () Macço () Timpânico Ruidos Hidráulicos () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não GC: () Sim () Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE () Ictérica () Desidratada () Rosetada () Normohidrata () Hipohidrata () Hipertrofia () Anictérica () Ictérica () Leodéica () Anclótica () Edema Local _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Sinais: _____ Curativos realizados: () Sim () Não HD: () SIM () NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SNG () Anúria () Oligúria () Polúria () Disúria () Colúria () Hemisúria () Cateterizada () Irrigação contínua () Urores	
SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eufônico () Broncário () Taquicênico () Dispneico () Ambiente () Tequeostomia Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRINDS/DRIFESSES E PRÓTESES Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Total em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sondas de infecção no sítio de punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG () SOG () SNE () SDE () GTT () Lavagem () Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Anódo: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição () Risco de nutrição desequilibrada () Risco de glicemia instável () Risco de desequilíbrio do volume de líquidos () Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos eficiente () Irrigação urinária prejudicada () Risco de constipação () Diarreia () Inconstância intestinal () Pac. de sono prejudicado () Integridade física prejudicada () Integridade da pele prejudicada () Risco de integridade da pele prejudicada () Conforto prejudicado		() Padrão respiratório ineficaz () Déficit no autocuidado para alimentação () Déficit no autocuidado para banho/higiene () Conhecimento deficiente () Comunicação verbal prejudicada () Risco de dignidade humana comprometida () Processos familiares disfuncionais () Risco de quedas () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Dor aguda () Dor crônica () Náuseas () Risco de broncoaspiração () Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada	



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

404
3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA	
AGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ	
ALERGIAS	IIAS	DM2
IDADE	31	LEITO 404-3 DATA 11/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AMP	
4	LEVOFLOXACINA 500MG LV OU 1 CP V.O	
7	FENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
5	PLASII 10MG FV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SI 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAD > 120 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG LV 2 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N	
14	SSW + CCGG 8/8 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLINDAMICINA 600MG FV 8/8HRS OU 2CP (300MG) V.O 8/8HRS	
17	CLOXAN: 40MG SC 1 X AO DIA	
18	NORIPURUM 1 AMP FV 1 X AO DIA	
19	OLHO MINERAL 15ML VO 8/8HRS <i>Sub Per 50</i>	
20	SUI FATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS	
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA	
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME LESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML FV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO

EM ENCONTRO PACIENTE DEFEITO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BGL, LOTE, ACIANÓTICO, ANCTÉRICO, AFBRII, LUPNICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

8 H				
12 H	PA	FC	FR	T
18 H	120/70	87	20	37
24 H	140/80	91	20	36,5

Dr Od nashi Okemir
Residência De Ortopedia
Tratamento
Com 1841 RR

18h -> PA: 120x70 IP: 78, 36,5

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

Bloco: D Data: 11/12/18 Enfermeira: MOY Letra: B
 Nome Completo: Bruno Rodrigo Almeida Idade: 11 Sexo: M
 Hipótese diagnóstica: FX Naçães Fracas + FX Gástrica
 Processos: _____
 Isolamento de Precaução: Sem Não Contato Gotícula aerossol Gotícula-partículas
 Alergia: Sem Não Qual (is): _____ Qual Idiom.: _____
 Necessidade de Intubação?: Sim Não Qual Idiom.: _____
 Possibilidade de ambulância: Sim Não Qual (is): _____
 Drenagem: Normal Sem deambulação Acamado Cadeira de rodas Fraco Comprometida/framje deanta

SISTEMA NEFRÓLOGICO <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Turpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Responde a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Normotônico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico HC: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normotensa <input type="checkbox"/> Hipotensa <input type="checkbox"/> Hipertensa PA: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filibante <input type="checkbox"/> Ausente Pulso: _____	
PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> Intereagente <input type="checkbox"/> Mioticas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOE <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GIT <input type="checkbox"/> NPE Apatite da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Costante <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA <input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertérmica <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Hiperpirexia		REGULAÇÃO ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Glorioso <input type="checkbox"/> Froudo <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Macio <input type="checkbox"/> Tympanico Ruídos Hidroaéreas: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Escaragoloso <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não TD: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELLE <input checked="" type="checkbox"/> Hiperatada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input checked="" type="checkbox"/> Rorruçada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Papulosa <input checked="" type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input checked="" type="checkbox"/> Apurética <input type="checkbox"/> Edema Local Oligia por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não TD: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		SISTEMA URINÁRIO / DIURSE <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Anúria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Colúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Gistostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Urapan	
SISTEMA RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> Pupneia <input type="checkbox"/> Bradipneia <input type="checkbox"/> Taquipneia <input type="checkbox"/> Dispneia <input type="checkbox"/> Anambiente <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oligoapneia: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____		CONTROLE DE CATETRES/SONDAS/ORENOS/ÓRFESES E PRÓTESES Cateter Peritônico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio de punção: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SGL <input type="checkbox"/> GIT <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SGL <input type="checkbox"/> GIT Sonda de _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Trocar em: _____	
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
<input type="checkbox"/> Degrutação <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Inconforto Intestinal <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Cuidado prejudicado		<input type="checkbox"/> Padrão respiratório Ineficaz <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida <input type="checkbox"/> Processos fisiológicos anormais <input checked="" type="checkbox"/> Risco de queda <u>baixo</u> <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Risco de mancoaspiração <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	



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

M
404
3

DATA DE ADMISSÃO	DIH			DN	27/04/1987
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX LXPOSTA TIBIA ESQ				
ALERGIAS	HAS			DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	12/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIFTA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O				
4	FENOXICAM 40 MG EV 3X DIA S/N				
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
6	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
7	TRAMAL 100MG + SFC 8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
11	SSVV + COGS 8/8 H				
12	CURATIVO DIARIO				
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS				12/12/246
14	CI EXANE 40MG SC 1 X AO DIA				
15	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
16	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA				
17	SUI FATO FLOROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS				
18	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 DO GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE > 20% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO

CONTROLO PACIENTE DEitado NO LLITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BGL, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FURNICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr Odinezi Okemri
Residência Especializada
Traumatologia
CRM 1851-RR

Pac foi transferido p/ Unimed

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

Bloco: D Data: 12/12/18 Enfermeiro: MOY Leito: 3
 Nome Completo: Orlando Rodrigo Almeida de Sousa Sexo: M
 Procedência: _____
 Isolamento ou precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula-aerossol () Gotícula-perdigotas
 Alergia: () Sim () Não (Qual: NS) Qual idioma: _____
 Necessidade de latim? () Sim () Não Cas: _____
 Postura acompanhante: () Sim () Não () Sim () Não () Fraca () Comprometida/ambalante
 Desamblyação: () Normal () Sem desamblyação () Amarelo () Cadeia de todos () Fraca () Comprometida/ambalante

SISTEMA NEURÓLOGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
() Consciente	() Orientado	() Desorientado	R: _____
() Sedado	() Torpido	() Comatoso	PR: _____
() Agitado	() Resposta a estímulos	() Não responde	Pulso: _____
PUPILAS		() Normotônico	() Bradicárdico
() Responsivas	() Mioticas	() Hipotensão	() Taquicárdico
() Isotricicas	() Anisocóricas	() Hipertensão	() Arritmico
REGULAÇÃO TÉRMICA		() Pálido	() Edematoso
() Afebril	() Hipotérmico	() Hipertermia	() Aritmico
() Febril	() Febre	() Fria	() Arritmico
() Hipotermia			

SISTEMA GASTROINTESTINAL	
() VO	() SNG/SOG
() Ingestão de alimentos	() Sim () Não () Parcial
() Ausência de náusea	() Presente () Ausente
() Normal	() Distensão
() Presente	() Ausente

REGULAÇÃO ABDOMINAL	
() Normotensa	() Distendida
() Ascítica	() Maciça
() Ausente	() Presente
() Sim	() Não

SISTEMA URINÁRIO / DEFESES	
() Escotadas	() SVU
() Fullúria	() Disúria
() Cistostomia	() Integridade preservada
() Sim	() Não

SISTEMA RESPIRATORIO	
() Espontâneo	() Mecânico
() Sim	() Não

CONTROLE DE CATÉTERES/SOMBAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES	
Cateter Periférico: () Sim () Não	Local: _____
Cateter Central: () Sim () Não	Local: _____
Sinais de infecção no sítio de punção:	() Sim () Não
Sonda: () Sim () Não () SNG	() SNG () SNE () SDC () SUI
Órtese: _____	Aspecto da pele: _____
Cateter Vesical: () Sim () Não	Data da inserção: _____
Prótese: () Sim () Não	Tipo: _____

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

AREA DE ENFERMAGEM - 2018
 CONCEITUAÇÃO DE ENFERMAGEM
 18 JUL 2019
 GENTE SEGURADORA S/A
 RUA CARLOS DE FREITAS, 115 - BOM FIM - SP

4001-3



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

SECRETARIA DE SAÚDE - SUS
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

15 JUL 2019

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR - INSS

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

PACIENTE Evandro Pacheco Moura Da Silva 31 ANOS.

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 17/07/19 COM

DIAGNÓSTICO DE Fatiga de fratura (P+fratura simples do fêmur (E))

NO DIA 17/07/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/07/19 AS 12:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 17/07/19 AS _____ COM O

DR. _____

* Recomendação para Hospital Ambulatorial Unimed
ORIENTAÇÕES GERAIS: para orientar o paciente e família

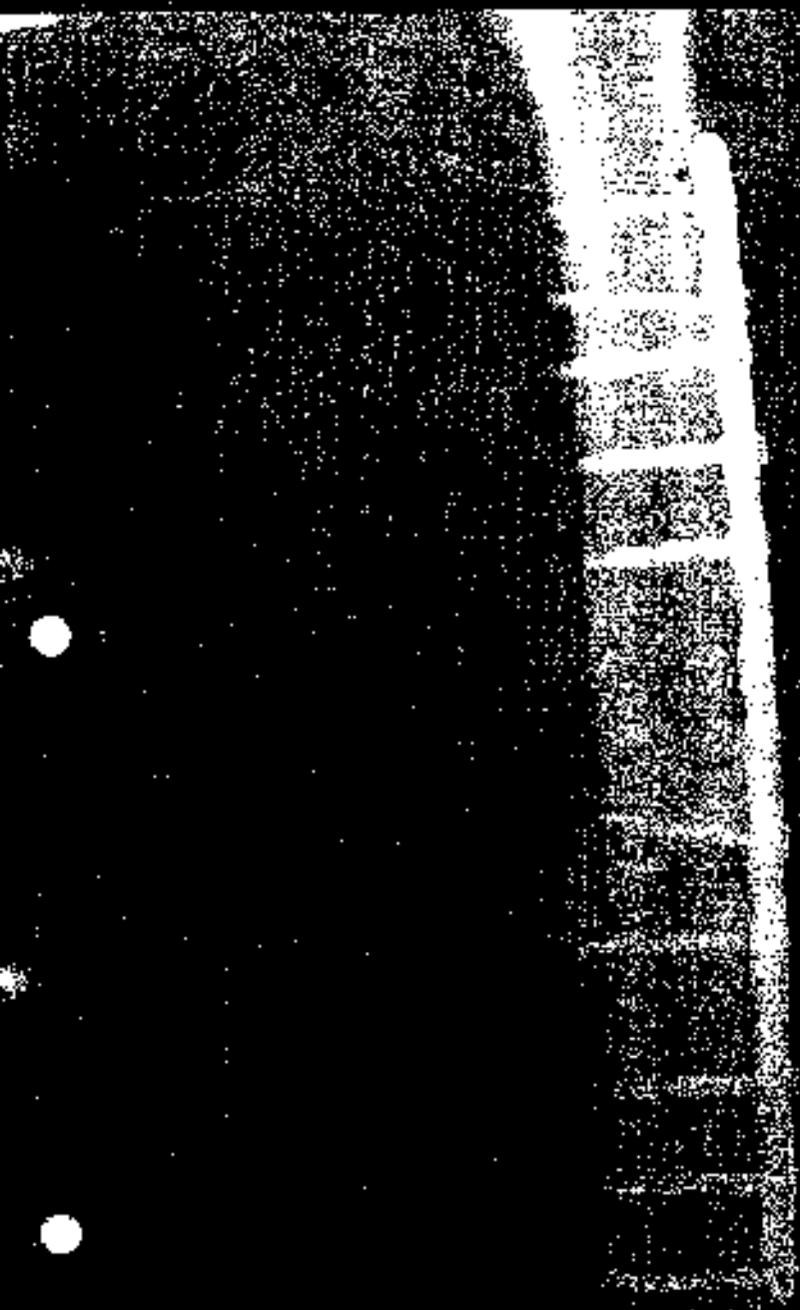
1. NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
2. TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
3. NÃO RETIRAR CALÇAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
5. NÃO PERDER RE TORNO AMBULATORIAL.
6. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR NO COMITÊ DE ORTOPEdia DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR DE ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

Dr. Odinachi Oliveira
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13600

EM VISTA 17/07/19

MÉDICO



III

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

JUNO ROBRIGO

SECRETARIA DE SAÚDE

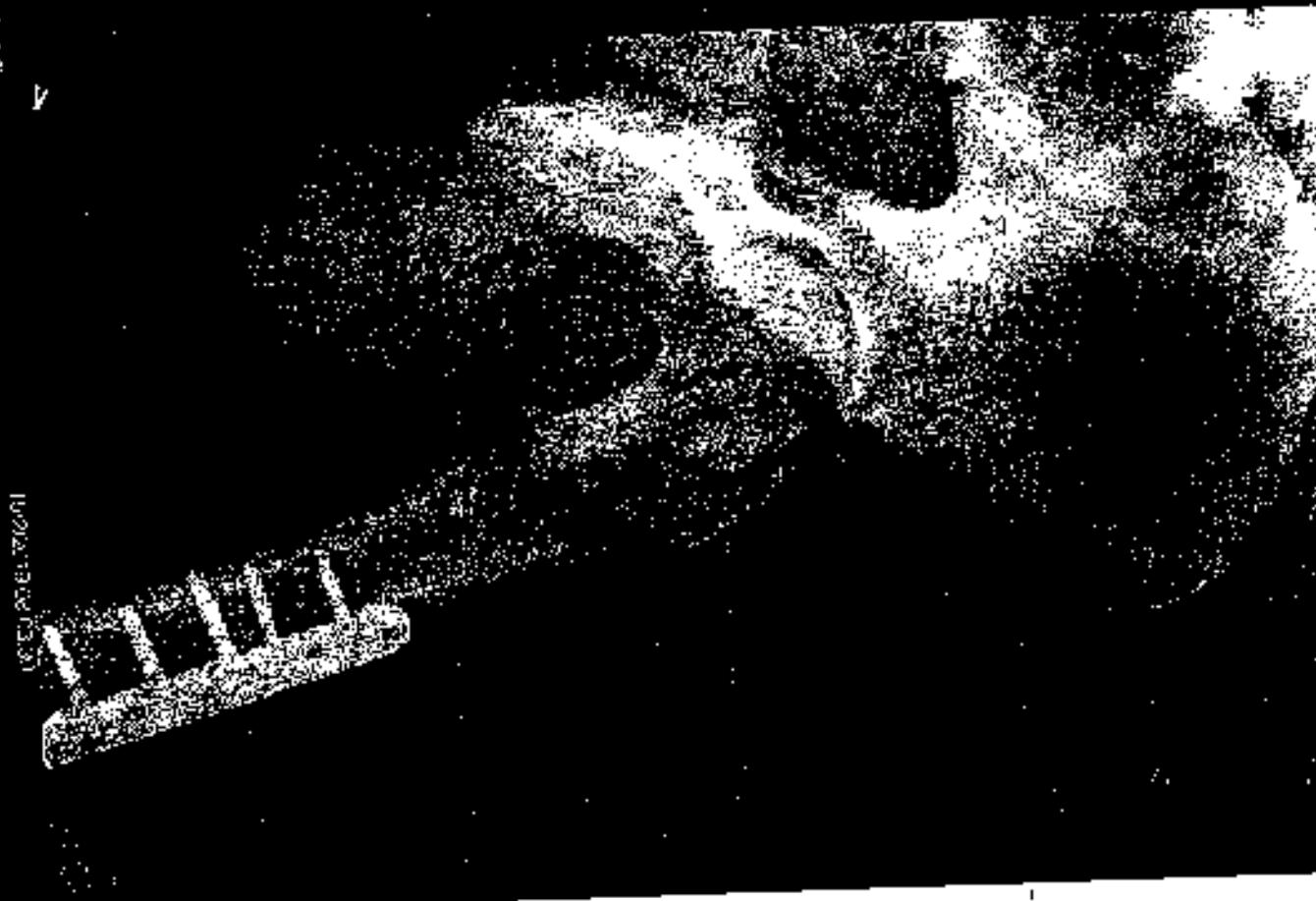
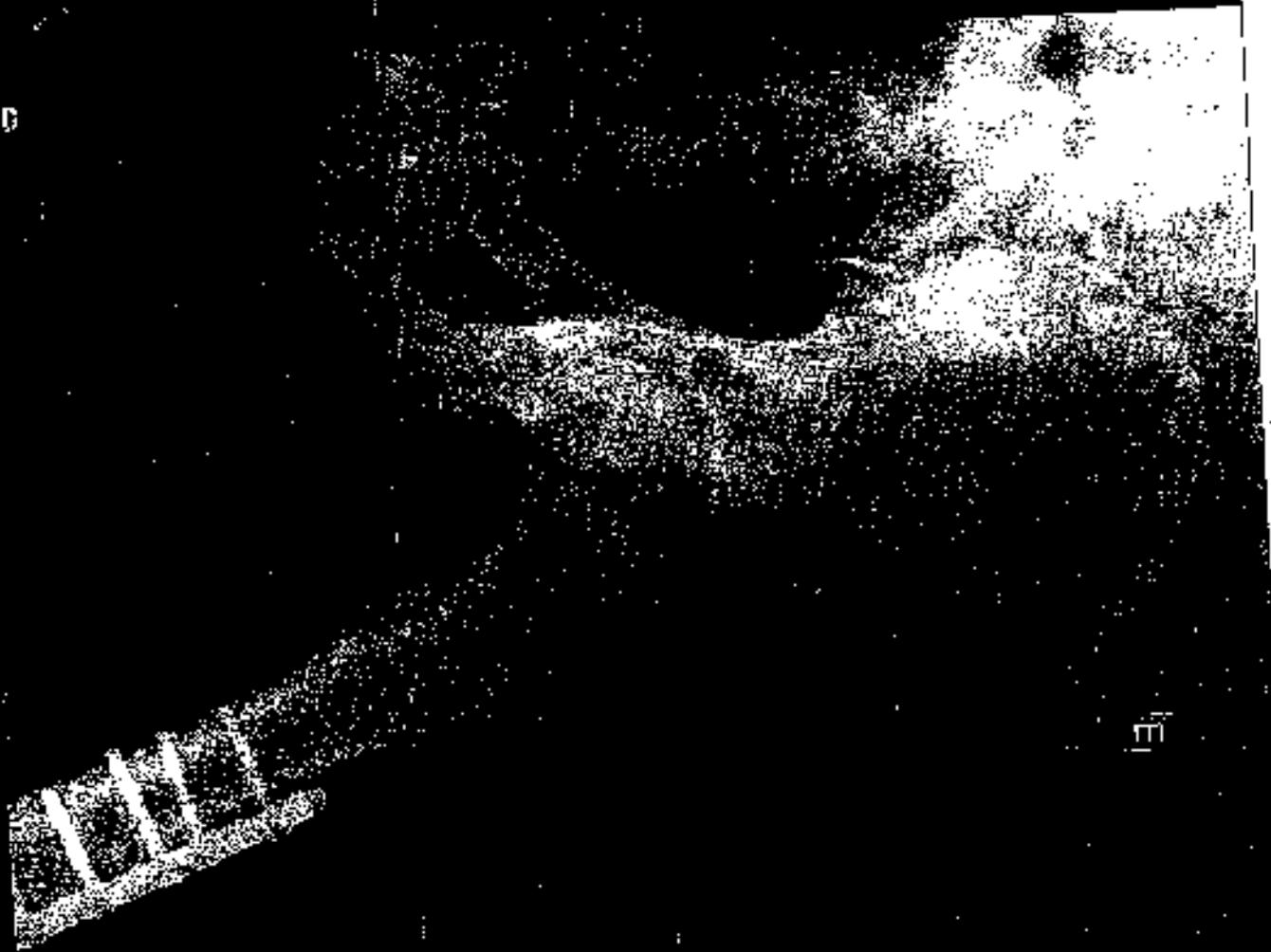
2014

ANEXO 1

TR. QUENDSON

76

(E)



2

BRUNO RODRIGO

SECRETADO DE JUSTIÇA

4.1.58

10/22/78 (10/22/78)

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

FRUITA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BRUNO RODRIGO ALMEIDA

28/12/2016 11:00:37

18.07.2013

47.8°

28/12/2016 11:00:37

E

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BRUNO RODRIGO ALMEIDA

H. OLIVEIRA

400 5

12/09/2019 12:18:23

400 5

12/09/2019 12:18:23

E

□

E

15:20:10 8 23

03:56

10:22:15 10 18:25

BRUNO RODRIGO ALMEIDA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TRUQUIMSON

13

1972 12 15 13:30

408 9

14

1972 12 15 13:30

408 9

BRUNO RODRIGO ALMEIDA

TR. CULT. SOC. 20

534994



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020631/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/07/2019 10:36 Data/Hora Fim: 11/07/2019 10:49
 Origem: Pessoa Física - Particular Data: 11/07/2019
 Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
 Data/Hora do Fato: 17/11/2018 13:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: União
 Logradouro: Av: Carlos Pereira de Melo

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Altamira Sexo: Masculino Nasc: 22/04/1987
 Profissão: Mecânico
 Estado Civil: Solteiro(a)
 Nome da Mãe: Maria Eliete da Silva Almeida Nome do Pai: Carmozino Ribeiro de Silva Filho

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 5635368

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: Av: Jardim
 Complemento: bloco 14, AP 203
 Bairro: cidade satélite

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem à este DP para informar que é habilitado (porém, não apresentou no momento do registro), e que na data, hora e local acima informado, conduzia a motocicleta Honda CG Titan EX, ano/modelo 2016/2017, de cor preta, placa NAO-5922, CHASSI 9C2KC2210HR010407, Renavam 01109683275, a qual se encontra em nome de Carlos A. da Silva Pereira, momento em que colidiu na traseira de uma Chevrolet S-10, de cor prata, não sabendo informar a placa do veículo ou nome do condutor da mesma. Que devido a gravidade do acidente e lesões sofridas no mesmo, foi 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.



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
 Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães
 Data de Impressão: 11/07/2019 10:52
 Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020631/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Agente de Polícia
Matrícula 042000925
Responsável pelo Atendimento

Bruno Rodrigo Almeida da Silva
(Vítima / Comunicante)

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

DAT
11 JUL 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Roraima - PAAR / PSF
Av. Unicentro, Ricardo Gomes, 3309

Reclassificação	Reclassificação	Reclassificação
Vermelho	Vermelho	Vermelho
Laranja	Laranja	Laranja
Amarelo	Amarelo	Amarelo
Verde	Verde	Verde
Azul	Azul	Azul

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

80038060 17/11/2018 13:42:34

Paciente: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA Data Nascimento: 22/04/1987 Idade: 31 A 6 M 25 D CNS: 700705947712877 CPF: 93489070282 Profissão:
 Tipo Doc: Documento Orgão Emissor Data Emissão Sexo Estado Civil Raça/Cor Nacionalidade: RR Nacionalidade: BRASILEIRA
 IDENTIDADE: 5635368 SSP-PA 26/10/2012 M SOLTEIRO(A)PARDA BOA VISTA RR Contato: (95) 98124-1789
 Mãe: MARIA ELIEZE DA SILVA ALMEIDA Pai: NI
 Endereço: RUA - SÃO FRANCISCO - 311 - CINTURÃO VERDE - BOA VISTA - RR
 Ocupação: MECÂNICO

Class. de Risco: Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE N.º da Categoria: Validade: Autorização: Sis. Protocolo:
 Motivo de Atendimento: ACIDENTE DE MOTO Caracter do Atendimento: URGÊNCIA Profissional do Agend.: Procedência: Temp. Fosa Pressão:
 Selo: GRANDE TRAUMA Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA Procedimento Sol.: Registrado por: ANA KARLA

Queixa Principal: Síndrome Fibril Sintomas Respiratório Suspeita de Dengue

Anamnese do Enfermeiro: GSC: 40:1234 PV: 12845 MR: 123456 TOTAL: 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA -) História de acidente automobilístico moto-carro. Um carro de 30 minutos. Relata uso de capacete retirado pela polícia no momento. Perda espinhais imobilizados.

Exame Físico: BOB, AAA, conscientes, cor - pálida e saturação de 90% (F). T. sup = 36,5°C e 36,5°C (F).

Hipótese Diagnóstica: Fr. 3º fêmur (D), 4º, (E) + 3rbis. - fíbula (E) (resposta).

SADT - Exames Complementares: RAX ULTRASON TC RANGUE URINA ECG OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
1) RL 1000ml EV		
2) pontos - SUSPENS.		

18) *Quanto tal + SF 0,9? ad, foga q - e e 28/abril*

ADCCO

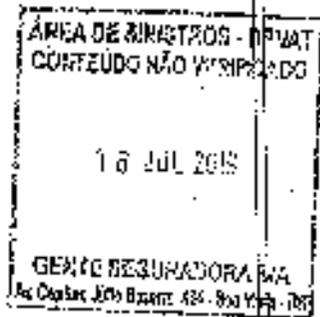
Conduta: Alta por Decisão Médica Alta a Pedido Alta a Reveta Transferência para: Ambulatório Observação (Até 24h) Internação Data e Hora da Saída/Alta:

Alta: Antes da 1ª Atendimento? Sim Não

Assinatura do Paciente ou Responsável: 15 JUL 2018
 Assinatura do Médico: Dr. Fernando André Martins Ferreira - Clínica Oncológica de

Out: Sr Vitor Barros N

A vítima do acidente MOTO + Cam
+ base evidência P1 pluma (E) + ft da ola perna (E)



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
Secretaria de Estado de Saúde
Hospital Geral de Roraima - HGR/RR
Av. Engenheiro Souza, Gomes 5300

Classificação
Reclassificação
Linha
Linha
Anexo
Anexo

JORNAL 07-10 23

FICHA DE ATENDIMENTO TRAUMATOLOGIA

Prontuário: 170120360	Data Atendimento: 17/11/2018 13:42:34	Data Nascimento: 22/04/1987	Idade: 31 A 6 M 25 D	CNS: 700705947712677	CPF: 93459670232
Paciente: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		Sexo: M		Naturalidade: BOA VISTA - RR	
Tipo Doc: Jovem		Estado Civil: SOLTEIRO(A/PARDA)		Nacionalidade: BRASILEIRA	
Identidade: 5635368		Mãe: MARIA ELIETE DA SILVA ALMEIDA		Ocupação: MECÂNICO	
Endereço: RUA - SÃO FRANCISCO - 311 - CINTURÃO VERDE - BOA VISTA - RR					

Class. de Risco	Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE	Nº da Consulta	Validade	Autorização	Sis. Preval
Motivo do Atendimento: ACIDENTE DE MOTO	Caráter de Atendimento: URGÊNCIA	Profissional de Atend.	Procedência	Tam.	Peso
Sexo: GRANDE TRAUMA	Tipo de Chegada: DEMANDA ESPONTANEA	Procedimento Sol.	Registado por: ANA KARLA		

Queixa Principal: Síndrome Febril Sintomatologia Respiratória Suspeita de Dengue

Anamnese da Enfermagem: GSC AD: 1234 MO: 12345 NR: 123456 TOTAL 15

Anamnese - (HORA DA CONSULTA: 13:42) História de acidente automobilístico moto-carro há cerca de 20 minutos. Relata um de capote realizado pela própria vítima. Renda exposta imobilizada.

Exame Físico: BOA, AHA, consciência af. Son. - presença + def. unilater. no abd. (E) + son. = plenas e bilíquias normais (E)

Hipótese Diagnóstica: fr. de fêmur (E), fr. de tibia e fíbula (E) (exposta).

SADT - Exames Complementares: RAIOS-X ULTRA-SOM TCC HEMOGLOBINA URINA FCG CITOLOGIA

PRESCRIÇÃO: 1) R. de tórax em 2 visões 2) R. de abd. - supino

NOTA: Exame de urina + SF OA! anal, fezes e urina 18/11/2018

Leilão de Lira
Toda a documentação
CONEX RR 918 174

AO CC O

Atividade de Saúde
Atividade de Saúde
Atividade de Saúde

Contato: Atm por Declaração Médica Atm e Pedido Atm e Receita Transferência para

Atividade: Sim Não

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO SINISTROS

Assinatura do Paciente ou Responsável: 16 JUL 2018

Impresso por: ana.karla
Data: 17/11/2018 13:56:48

GENTE SEGURADORA S/A
Av. Castelo Branco, 411 - Boa Vista - RR

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Fernando de Moraes Pereira
Ortopedista Oncológico de
Cabeça e Pescoço
CRM: 15555

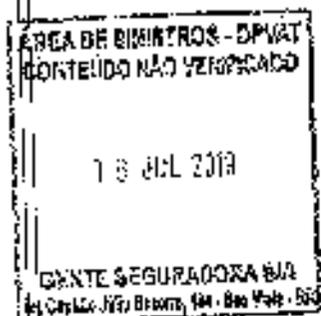


Carta de Vila Paraisópolis N

Ata N.º 1000 de 10/05/2019

RX para avaliação de danos (E) + 1X para o laudo pericial (E)

CD:



LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

Dr. *Renato R. Almeida de M.*

7 410 + 0 39 9 7 7 1 216 + +

Morada, C. de S. Silva Almeida
R. São Francisco 311 Curitiba Paraná

22/04/87

164232

15/08/291789

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

FX de fêmur (E)
FX exposta tibia (E)

ÁREA DE SINISTROS - OPIJG
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2015
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Canaã 100 - Curitiba - PR

Arterias

Exame fêmur + Rt

Patrick Rubelo José
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12000 (PR) (R) (C) (A)

PROCEDIMENTO TÉCNICO

FX fêmur (E) + FX exposta tibia (E)

Ort
Dr. César Perment

12/11/19

DR. MARCELO PERMENT
Ortopedia e Traumatologia
CRM 12000 (PR) (R) (C) (A)

CASO DE CUNHAS EXTERNAS (ACIDENTES DE VIOLÊNCIA)

0408050500
5822
V299



BOLETIM OP. 1A-10

Dr. Rodrigo Almeida de Silva

Data: 27/11/2018

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Síndrome Esportiva ou Lesão da Perna

INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Cirurgia

TIPO DE INTERVENÇÃO:

MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:

1ª EQUIPAGEM: Dr. Poturk

1º AJUDANTE: Dr. Sacramento

2ª AJUDANTE:

INSTRUMENTADORA:

3ª AJUDANTE:

ANESTESIA:

ANESTÉSICAS:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Ponto em DDH vale esguinhadura;
2. AA + CCE;
3. Incisão longitudinal anterior vale perna (E) +
 dissecção por plano do joelho da fúrcula + LMC
 craniocrural com SF 0.9% + manuseio crista + cabos
 de placa DCP 12 unificada + parafusos + fixação
 da pele;
4. Curativo + tala gesso de gesso pedaleira;
5. A RPA.

Dr. Rodrigo Almeida de Silva
CRM: 114.488/RS
RUA DAS FLORES, 121

Dr. Sacramento
CRM: 114.488/RS



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
"A Melhor Destinação dos Recursos"

FICHA DE ANESTESIA

BRUNO RODRIGUES ALMEIDA DA SILVA SR

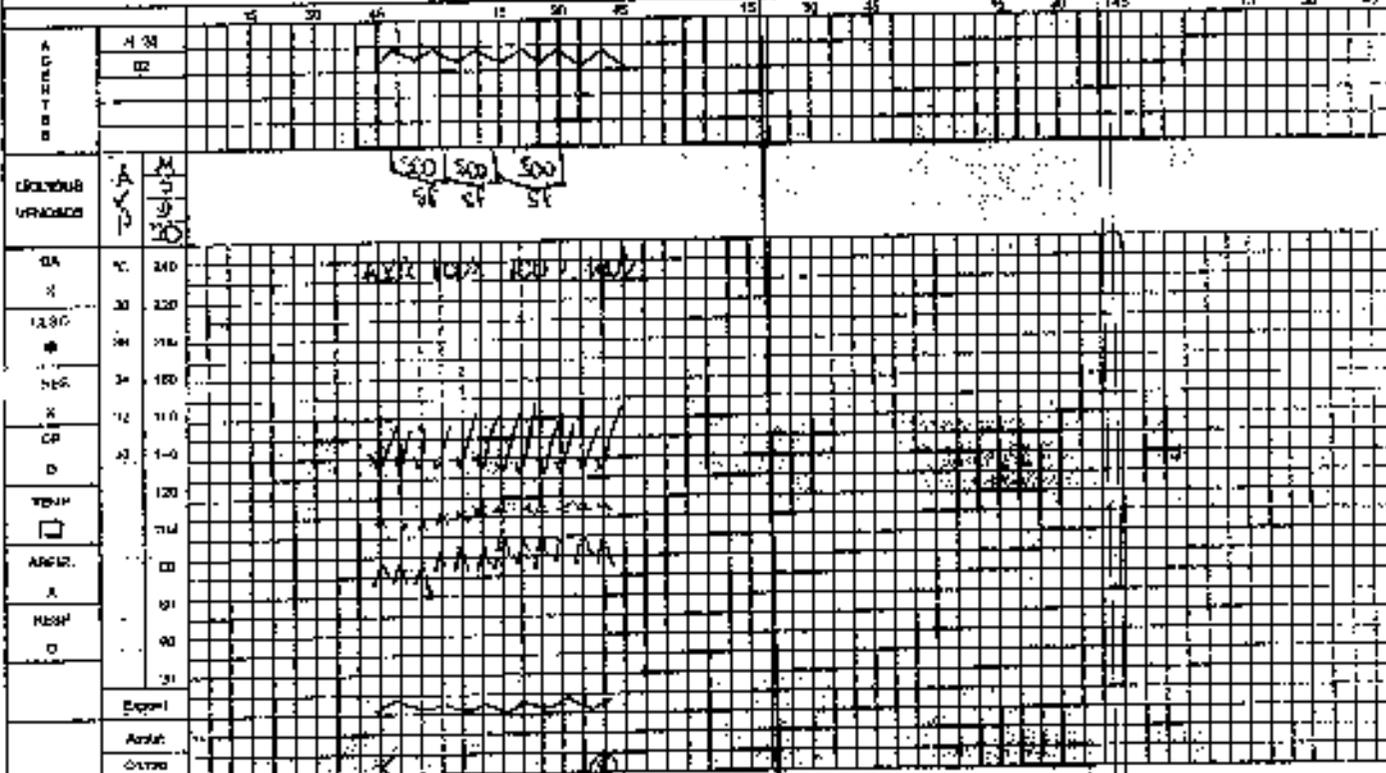
Emergência

PRÉ-MEDICAÇÃO - TIPOLOGIA - DOSE - MOM. - EFEITO

17.11.2018

2cl

2cl



PROBLEMAS

AGENTES	TIPOLOGIA	TÉCNICA
1. Rocuronio 0,8% 20mg		Relaxante muscular
2. Propofol 1%		Grav. mediana L3/L4, agulha
3. Oxigenio 10 L/min		25% Oxigenio, ligadura distal
4.		Ventilação espontânea
5.		500 Lt
6.		
7.		
8.		
QUANTIDADE	1500 ml	
NECESS.		
Observações		

NOTAS

- x. monitorização não invasiva
- O2 suplementar 2L
- 3. Curatela distal com eletrodo
- Período subseqüente L3/L4, oxigenio 25% 20 ml
- 4. Capofixação
- 5. Etomidato 10 mg
- x SRM

TOTAL 1500 ml | 20:45 às 21:42

PROBLEMAS: Oskossintese tibio (C)

Local: Operatório - Bloco 200
Médico: Anestesiologista - Marcelo
Nº: 10000

ANESTESIA: Dr. Fábio (R3) | Dr. Patrick / Dr. Marcos / Dr. Fernando

Dr. Dalton

Dr. Marcelo

Dr. Fernando



GOVERNO DO ESTADO DO PARANÁ
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE: 52319 APT OU LEITO: 17 Nº DO PRONTUÁRIO: 10114 DATA: 17/10/14

PRONOME: MR ALMEIDA DA SILVA
CIRURGIA: RECONSTRUÇÃO DE TÍBIA ESQ.
TIPO: PLA
INÍCIO: 20:35 FIM: 22:20 TEMPO DE DURAÇÃO: 1:45

EQUIPE MÉDICA
CIRURGIÃO: DR. PATRICK RIBEIRO
1ª AUXILIAR: DR. FERNANDO
2ª AUXILIAR: SONIA
ANESTESISTA: DR. FERNANDO
RES. ANESTESIA: DR. FERNANDO
INSTRUMENTADOR: SONIA
CIRCULANTE: SONIA
TEMPO DE DURAÇÃO: 1:45

TIP. DE ANESTESIA:	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
<u>g. sedar</u>			FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO	
			<u>500ml</u>	
			FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
			FRASCOS- SORO GLICOSADO	
			FIO VICRYL Nº	
			FIO MONOMERON Nº	
			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
			FIO CATGUT CROMADO Nº	
			FIO PROLENE Nº	
			FIO SEDA Nº	
			SURGICEL	
			CERA P/ OSSO	
			KIT CATARATA Nº	
			GEOFOAM	
			FITA CARDIACA	
			OUTROS: <u>UNIFORME</u>	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS	DEBITAR NA C.C DO PACIENTE	VALOR
INSTRUMENTADOR(A) <u>ENFERMEIRA CHEFE</u>	MATERIAL MEDICAMENTOS	
<u>CNDI AN: 2014/10</u>	SUB-TOTAL	
FUNCIONÁRIO ALOCADO <u>CHEFE DE SALA</u>	TAXA DE SALA	
<u>DEPT. PLANTA DE SALA</u>	TAXA DE ANESTESIA	
	SOMA	

ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE

Luiza

SAE - SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

NOME: Luiza Evanguila Oliveira da Silva

Ocupação: Enfermeira de Sala
Rendimento: 2100,00

STPA

TRAZUQUILARTEJO

Localidade	Unidade	Atividade	Tempo	Atividade	Tempo	Atividade	Tempo	Atividade	Tempo
20:25h	1h:00	20h:30	22h:20	23h:30	01h:00	2h:00	3h:00	4h:00	5h:00

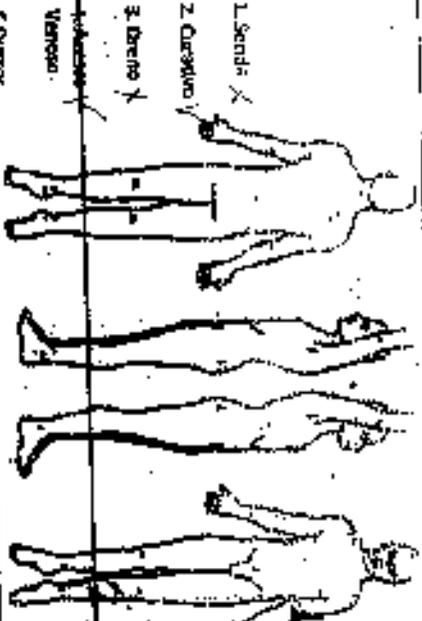
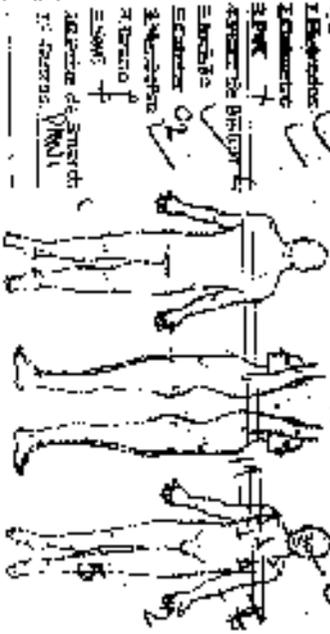
Atividade	Tempo	Atividade	Tempo	Atividade	Tempo	Atividade	Tempo	Atividade	Tempo
1. Anamnese	15	2. Exame físico	15	3. Diagnóstico	15	4. Planejamento	15	5. Execução	15
6. Avaliação	15	7. Documentação	15	8. Educação	15	9. Cuidados	15	10. Outros	15

1. Estado Nutricional / Alimentar
1) Normal 2) Sotileza
3) Esperto 4) Colúmbio

2. Estado de Saúde
1) Normal 2) Sotileza
3) Esperto 4) Colúmbio

3. Estado de Saúde
1) Normal 2) Sotileza
3) Esperto 4) Colúmbio

4. Estado de Saúde
1) Normal 2) Sotileza
3) Esperto 4) Colúmbio



A.F.O.O. Social

Atividade	Tempo	Atividade	Tempo	Atividade	Tempo	Atividade	Tempo	Atividade	Tempo
1. Anamnese	15	2. Exame físico	15	3. Diagnóstico	15	4. Planejamento	15	5. Execução	15
6. Avaliação	15	7. Documentação	15	8. Educação	15	9. Cuidados	15	10. Outros	15

ESTADO DE GOIÁS
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE
CENTRO DE ATENDIMENTO EM CIRURGIA E ANESTESIA
ANTES DA INCISÃO

Nome: Roberto Roberto Oliveira de Sá
No. funcional: 10740

Assinatura: Dr. Roberto Francisco

SAÚDE: Ótima

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

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO SIM NÃO
2. SE AS CONDIÇÕES DE INSTRUMENTAR CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORREIAS SIM NÃO

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

RESUMO DA EQUIPE: Ótima

SAÚDE: Ótima

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

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO SIM NÃO
2. SE AS CONDIÇÕES DE INSTRUMENTAR CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORREIAS SIM NÃO

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SAÚDE: Ótima

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

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO SIM NÃO
2. SE AS CONDIÇÕES DE INSTRUMENTAR CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORREIAS SIM NÃO

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SAÚDE: Ótima

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

1. O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO SIM NÃO
2. SE AS CONDIÇÕES DE INSTRUMENTAR CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORREIAS SIM NÃO

SE HÁ ALGUM PROBLEMA COM EQUIPAMENTO PARA SER RESOLVIDO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

SE O CIRURGIÃO, O ANESTESIOLOGISTA E A EQUIPE DE ENFERMAGEM REVISARÃO A PREPARAÇÃO E O MANEJO DESTE PACIENTE RECUPERAÇÃO SIM NÃO

Bloco F 1 Lt. 09

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



DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE <i>Bruno R. A. do Nêto</i>		
DIAGNOSTICO <i>F. embol. P. + fr. embol. no do pulmão</i>		
ALERGIAS	HAS	DMZ
IDADE	LEITO	DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SAB
2	AVP	<i>24/04/13</i>
3	CLFA OTINA 1G 1AMP +AD EV DE 6/6H	<i>24/04/13</i>
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H <i>S/N</i>	<i>24/04/13</i>
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 6/6H	<i>S/N</i>
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SL DOR INTENSA <i>S/N</i>	<i>S/N</i>
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (<i>S/N</i>)	<i>S/N</i>
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG <i>S/N</i>	<i>S/N</i>
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV <i>S/N</i>	<i>S/N</i>
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 OU PAD > 110 MMHG <i>S/N</i>	<i>S/N</i>
11	CURATIVO DIARIO	<i>divulgar</i>
12	SSV + CCGG 6/6 H	<i>24/04/13</i>
13	<i>glutamicum 240 EV 1 Vid</i>	<i>(24) VIF</i>
14	<i>cloruro 40g SE 1 Vid (Guilherme)</i>	
15		
16		
17		
18		
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC),	
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI;	
	351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML GLICOS 50%	
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

NIR
 Regulado
 para leito
 01 BF 11
 Regulação Interna

Dr. Ricardo Aguiar
 Médico Residente
 Ortopedia e Traumatologia
 Hospital Geral de Horaima

SINAIS VITAIS

8 H	<i>120 + 70</i>	<i>80</i>	<i>36°C</i>
12 H	<i>120</i>		
18 H			
24 H			

F 04



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	BRUNO R. A. DA SILVA		
DIAGNÓSTICO	Fratura Fechada do 3º + fr. exp. oss. do 4º R. de Mano (G)		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO	DATA	13/11/2018
TEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SUO
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO		MANHA
3	CEFALOTINA 1G EV 6/8H		18/08
4	TIL A FIL 20MG EV 12/12H		18/08
5	DIPRONA 2ML EV 6/8 S/N		SU
6	TRAMAL 100MG + SI 0.8% EV OU 01 CP VO DE 8/8h SL DOR INTENSA		SU
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		SU
8	RANITIDINA 50MG EV 8/8H S/N		SU
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)		SU
10	SSVV + CCGG 6/8 H		Reducao
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 E/OU PAD > 110 MMHG		SU
14	CURATIVO DIARIO		Curativo
15	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA		100mg
16	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA		300mg
17			SU
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 L OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML; GLICOSE ≥ 80%		
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

[Handwritten signature]
MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

MÉDICO RESIDENTE EM ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	TAX
6 H	115/70	54	37.8°C
12 H	135/68	52	35.7°C
18 H	125/82	83	-
24 H	117/69-104	-	37.9°C

LT 04

04

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



DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN
PACIENTE	BRUNO R. A. SILVA		
DIAGNÓSTICO	FRAÇÃO FEMUR E + FX EXP. OMO DA HANA		
ALERGIAS	HAS	DMZ	
IDADE	LEITO	DATA	19/11/18
ITEM	PRESCRIÇÃO		HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE		SN
2	AVP		06
3	CEFALOTINA 1G 1AMP + AD EV DE 8/8H		06
4	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H		06
5	DIPIRONA 1AMP + 8ML DE AD EV DE 8/8H		06
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 0.1 GP VO DE 8/8H SE DOM. INTENSA		
7	PLASIL 10 mg EV 8/8h (S/N)		
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 OU PAD > 113 MMHG		
9	RANITIDINA 50MG DE 8/8H EV S/N		
10	CAPTOPRIL 75 mg VO SE PAS > 160 OU PAD > 110 MMHG		
11	CURATIVO DIÁRIO		
12	SSVV + CCGG 6/6 H		
13	...		
14	BENTANACINA 240mg EV 1x/24h		
15	CLOXANE 40 mg SC 1x/24h		
16			
17			
18			
19	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SO)		
20	CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2U; 251-300: 4U; 301-350: 6U; 351-400: 8U; > 400: 10 U E OU GLICOSE ≤ 70 DUM. GLICOSE ≥ 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA.		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	T	D	S
5H	140 x 70	83	36.5	+	+
11H	120 x 80	97	37.7	+	+
18H	128 x 74	99	36.6	FM	19
24H	123 x 88	87	36.8		



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		BRUNO R. A. SILVA		01	
DIAGNÓSTICO		HAS	NEGA	DM2	NEGA
ALERGIAS		LEITO		DATA	20/11/2018
IDADE		PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
ITEM					
1	DIETA ORAL LIVRE				SN
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO				Manter
3	CEFALOTINA 1G EV 8/8H				12h/24h do
4	TILATIL 20MG EV 12/12H				18h/00h
5	DIPIRONA 2ML EV 6/8 SN				SN
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU 01 CP VO DE 8/8H SE DOR IN	ENSA			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 8/6 H				Matina
12	CAPTOPRIL 25MG VO SE PAS > 160 BPOU PAD > 110 MMMHG				SN
14	CURATIVO DIÁRIO				curativo
15	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA				20h
16	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA				16h
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 ≥ 150%				
	40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

Dr. Marcos Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 15717/R

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TA
6 H	120/70	75		36°
12 H	110/60	85		36°
18 H	110/80	70		36°
24 H	120/70	82	20	36,5°

MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA.



Unidade de Referência das Feridas
Hospital de Referência - LGR

Protocolo nº 1 | Versão: 01
Atualizada: Janeiro / 2013
ENF/LEITO: 04
Unidade de Referência
Fevereiro 2013

Nome: Priscila Rodrigues Almeida da Silva

Localização / Região: MIE

Data: 20/11/18

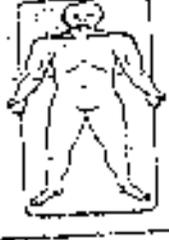
GRAU - I
 GRAU - II



DATA:

GRAU - I
 GRAU - II

Localização / Região



Etiologia

Pressão - II Trauma contuso Diabetes
 Isêmia Cirúrgica Trauma contuso
Causa: _____ _____ _____ _____ _____ _____

Pressão - II - III - IV Varizes Material Dérmico
 microbiana química Trauma contuso

Tamanho da ferida:

Profundidade: _____ cm
 Tamanho granulação sem esclero

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Aparência do Leito:

Seco, mínimo Jardo úmido
 Úmido moderado Muito seco, escuridão

Tecido de granulação sem esclero
 Todos necrótico Escara

Qu. Lado de Enxerto:

Soro Soro Sanguinolento

Seco Fibrinoso Sanguinolento
 Purulento Sero-sanguineo

Tipo da cobertura:

Sim Não Não
 evidente na formação da cobertura a beira do leito

Sim Não Não

Odor:

evidente ao entrar no quarto Sem odor

evidente na formação da cobertura a beira do leito
 evidente ao entrar no quarto Sem odor

Condição da pele Periférica:

Normal Alterada Seca Eritema / Rubor

Normal Macerada Seca Eritema / Rubor
 Prurido Outras

Solução para limpeza:

Soro fisiológico 0.9% Clorexidina 0.05%
 Clorexidina 0.05% Outros: _____

Soro Fisiológico 0.9% Clorexidina 1%
 Clorexidina 0.05% Outros: _____

Cobertura primária (Contato direto na lesão):

Gaze Colagenase
 Fibrinase Superfície de Prata
 AGE Outros: _____

Gaze Colagenase
 Fibrinase Superfície de Prata
 AGE Outros: _____

Hora do curativo:

14h

Data do Próximo curativo:

21/11/18

Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem

Priscila Rodrigues Almeida da Silva
Téc. em Enfermagem
COSEN RR 501/195118

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro

Adonildes dos Anjos
Téc. em Enfermagem
COSEN RR 501/195118

OBS: A Calça está quebrada na parte de trás do Coxa esquerda

OBS:

404-3 F-04



SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE		BRUNO R. A. SILVA			
DIAGNÓSTICO:					
ALERGIAS		DIAS		DM2	
IDADE		LEITO		NEGA	
ITEM		PRESCRIÇÃO		DATA	
				21/11/2018	
				HORÁRIO	
1	DIETA ORAL 1MRL			S.N.D	
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO			MANTER	
3	CEFA OT NA 10 EV 6/8H			21/11/2018	
4	CLATIL 200MG EV 12/24			21/11/2018	
5	DIPIRONA 2ML EV 6/6 SN			21/11/2018	
6	TRAMAL 100MG + SF 0.9% EV OU DT CP VO DC 8/8h SE DOR INTENSA			S/N	
7	PLAS'L 10 mg EV 8/8h (S/N)			S/N	
8	RANITILINA 50MG LV 8/8H S/N			S/N	
9	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8 h (S/N)			S/N	
10	SSVV + CCGG 6/6 -			S/N	
11	CAPTOPRIL 25MG VO SF PAS > 160 LV OU PAD > 110 MMHG			ATENÇÃO	
12	CURATIVO DIÁRIO			S/N	
13	GENTAMICINA 240MG EV 1X/DIA			CURATIVO	
14	CLEXANE 40MG SC 1X/DIA			S/N	
15				(16) NTE	
16					
17					
18	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)				
19	CONFORME ESCALA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI				
20	351-400: 8UI > 400: 10 UI E OU GLICOSE > 70 DI AML, G: COSE 50%				
	40 MI LV + AVISAR PLANTONISTA			ATENÇÃO	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

TRANSFERIR AO BLOCO PARA PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS	PA	P	TAX	Fq
6 H	124x81	77	36	18
12 H	129x78	77	36.5	19
18 H				
24 H	124x76	86	35.8	20

Dr. Marcos Brunner
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1517/RR
MÉDICO RESIDENTE EM
ORTOPEDIA E
TRAUMATOLOGIA

16h PA 123/60

P 87
T 37.0C
R 20



Atendimento às Unidades das Feridas
 Comissão de Curativo - HGR

Protocolo nº 16 Versão: 01
 Atualizada: Janeiro / 2013
ENF/LEITO: F04

Unidade de Referência
 Fevereiro 2013
1043

Nome: Bruno Rodrico		Localização / Região: INT-E	
DATA: 21/11/17		DATA:	
<input checked="" type="checkbox"/> GRAU - I		<input type="checkbox"/> GRAU - I	
<input type="checkbox"/> GRAU - II		<input type="checkbox"/> GRAU - II	
Etiologia:	<input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> I-II-III <input type="checkbox"/> Varizes <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Tromboembólica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras:	<input type="checkbox"/> Pressão <input type="checkbox"/> I-II-III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> Varicosas <input type="checkbox"/> Arterial <input type="checkbox"/> Diabética <input type="checkbox"/> Tromboembólica <input type="checkbox"/> Cirúrgica <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Outras:	
Tamanho da ferida:	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm Profundidade: _____ cm	
Aparência do leito:	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> amarelado <input type="checkbox"/> Testa escurecida <input checked="" type="checkbox"/> FRASC. ESCURDA <input type="checkbox"/> sem fundo <input type="checkbox"/> úmido pouco <input type="checkbox"/> úmido moderado <input type="checkbox"/> úmido abundante	<input type="checkbox"/> Tecido de granulação <input type="checkbox"/> bem vascularizado <input type="checkbox"/> Testa rosácea <input type="checkbox"/> Escara <input type="checkbox"/> seco, mínimo <input type="checkbox"/> úmido pouco <input type="checkbox"/> úmido moderado <input type="checkbox"/> úmido abundante	
Características do Exsudato:	<input checked="" type="checkbox"/> Sérico <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	<input type="checkbox"/> Sérico <input type="checkbox"/> Fibrinoso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo	
Dor:	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	
Odor:	<input type="checkbox"/> evidente na remoção da cobertura <input type="checkbox"/> a beira do leito <input type="checkbox"/> perceptível 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 <input type="checkbox"/> evidente ao entrar no quarto <input type="checkbox"/> Sem odor	
Condição da pele Perilesional:	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Escarada <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Escarada <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Prurido <input type="checkbox"/> Outras	
Solução para limpeza:	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Outras	<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 1% <input type="checkbox"/> Clorexidina 4% <input type="checkbox"/> Outras	
Cobertura primária (Contato direto no leito):	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Fibrinase <input type="checkbox"/> AGE <input type="checkbox"/> Colagenase <input type="checkbox"/> Sinalozina de Prata <input type="checkbox"/> Outras	<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"/> Outras	
Hora de curativo:	<input checked="" type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	<input type="checkbox"/> Manhã <input type="checkbox"/> Tarde	
Data da Próxima Limpeza Em caso de mudança:	DIÁRIO		
Carimbo e Ass. Téc. em Enfermagem:		01-	12-
Carimbo e Assinatura do Enfermeiro			
OBS:		OBS:	

404-3

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	23/11/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA				S/N
2	AVP				manhã
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR				16:00
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N
9	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H OU 3CP 500MH VO 6/6HR				12:00
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
13	CURATIVO DIÁRIO				m
14	SSVV + COGG 3/8 H				notina
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				18:00
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				18:00
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				18:00
18					
19					
20					
<p>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</p>					

16:00

12:00

18:00

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	131/88	80	20	36,8°C
18 H	110/80	82	20	37,3°C
24 H	122/85	97	19	36,1°C
06 H	110/85	80	20	36°C

Dr Marcos Aguiar
 CRM 1995
 Residente De Ortopedia e Traumatologia

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS 3 E 4

Nome: **D** Data: **22.11.18** Enfermeira: **MOU** Leito: **3**
 Nome completo: **Bruno Roberto Almeida** Idade: _____ Sexo: **M**
 Diagnóstico: **Ilíctese Diabética**
 Sim Não Padrão Conzeto Escala Escala Escala Escala Escala
 Localização de lesão(s): _____ Qual (is): _____
 Localização de lesão(s): _____ Qual (is): _____
 Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não
 Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não Sim Não
 Normal Sem deambulação Acamada Cadeira de rodas Sinais Comprometida/crise de

SISTEMA NEUROLÓGICO	SISTEMA CARDIOVASCULAR	SISTEMA GASTROINTESTINAL
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Tímido <input type="checkbox"/> Conatoso <input type="checkbox"/> Resposta ativa <input type="checkbox"/> Não reage	<input checked="" type="checkbox"/> Normotensão <input type="checkbox"/> Hipotensão <input checked="" type="checkbox"/> Normopulsos <input type="checkbox"/> Hipotensão <input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filiforme	<input type="checkbox"/> Turgência <input type="checkbox"/> 2C <input type="checkbox"/> Hipertensão <input type="checkbox"/> PA <input type="checkbox"/> Anorexia <input type="checkbox"/> Plac
PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> Míopes <input type="checkbox"/> Heterozias <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Normocóricas	AVULSÃO DE DENTES <input type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Colúmbia <input type="checkbox"/> Língua
REGULAÇÃO TÉRMICA <input type="checkbox"/> Hipotermia <input type="checkbox"/> Hipertermia <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Tiroide	REGULAÇÃO HÍDRICA <input type="checkbox"/> Normotensa <input type="checkbox"/> Disúridia <input type="checkbox"/> Escríbio <input type="checkbox"/> Edematoso Ruidos hidroacústicos: <input checked="" type="checkbox"/> Presente Visceromegalias: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Glinbaco <input type="checkbox"/> Fláscid <input type="checkbox"/> Tiroide <input type="checkbox"/> Tiroide <input type="checkbox"/> Tiroide <input type="checkbox"/> Tiroide <input type="checkbox"/> Tiroide <input type="checkbox"/> Tiroide
CARACTERÍSTICAS DA PELE <input checked="" type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input checked="" type="checkbox"/> Iluminada <input type="checkbox"/> Hipercoréa <input type="checkbox"/> Melanc <input type="checkbox"/> Cianótica Efeitos locais: _____	<input type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> Líquida <input type="checkbox"/> Costabunda <input type="checkbox"/> Indiferença	<input type="checkbox"/> Glinbaco <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Tiroide <input type="checkbox"/> Hematória <input type="checkbox"/> Tiroide <input type="checkbox"/> Urupân

Sistema Respiratório: Espontâneo Braço Taquípeico Dispneico Ambiente
 Localização: **MSD** Data: **20/11**
 Local: _____ Curativo realizado em: _____
 Aspecto da secreção: _____
 Data da instalação: _____
 Tipo: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

<input type="checkbox"/> Deficiência de autocuidado para alimentação <input type="checkbox"/> Deficiência de autocuidado com banho/higiene <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida <input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais <input checked="" type="checkbox"/> Risco de quedas branco <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Consciência <input type="checkbox"/> Segurança <input type="checkbox"/> Risco de pneumonia <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	() Padrão respiratório ineficaz () Deficiência de autocuidado para alimentação () Deficiência de autocuidado com banho/higiene () Conhecimento deficiente () Comunicação verbal prejudicada () Risco de dignidade humana comprometida () Processos familiares disfuncionais () Risco de quedas () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Dor aguda () Consciência () Segurança () Risco de pneumonia () Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada
---	--



acompanhamento das Feridas
Comissão de Curativo - HGR

Processo nº F- Versão: 06
Atualizada: Janeiro / 2015
ENF/LEITO: 4041-3

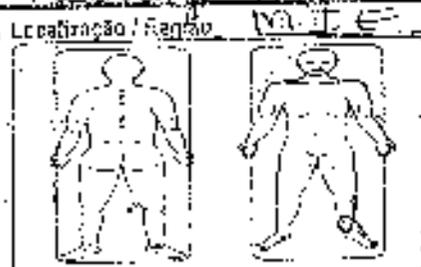
Data de elaboração:
Fevereiro 2013

Nome: Bruno Rodrigo Almeida da Silva

DATA: 22.11.18

GRAU: I

GRAU - II

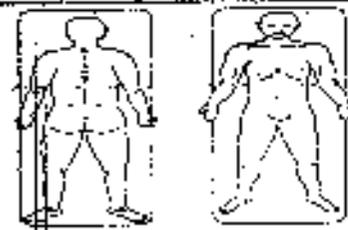


DATA: 22.11.18

GRAU - I

GRAU - II

Localização / Região:



Etiologia: Pressão I - II - III - IV Vaso arterial Diabética oncológica cirúrgica Trauma outras: _____

Tamanho da ferida: Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm

aparência do leito: tecido de granulação com esfacelo tecido necrótico Escara

Quantidade de exsudato: seco mínimo médio pouco muito moderado molhado abundante

tipo de exsudato: Seroso Fibrinoso Sanguinolento Purulento Serososanguíneo

Dor: Não Sim

Odor: evidente na remoção da cobertura a beira do leito evidente ao entrar no quarto Sem odor

Condição da pele Perifoneal: Normal Macerada seca Eritema / Rubor Prurido Outras: _____

Solução para limpeza: Soro fisiológico 0,9% Clorexidina 1% Clorexidina 4% Outro: _____

Cobertura primária (contato direto na lesão): Gaze Colágeno Fibrinase Sulfadiazina de Prata AGE Outro: _____

hora do curativo: Manhã Tarde

hora da próxima troca: _____

Em caso de + de 24hs

Carimbo e ass. Técnico Enfermagem: Bruno Rodrigo Almeida da Silva

Carimbo e Assinatura do Enfermeiro: Dr. Sírio de Oliveira

OBS: _____

D1-

32-

OBS: _____

Obs: Documento adaptado por Secretaria de Saúde Municipal de São José de Rio Branco e Copyright Solutions Program. Os pacientes com 02 ou mais lesões, estas devem ser avaliadas separadamente.

41043



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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA	
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TÍBIA E	
ALERGIAS	HAS	SIM
IDADE	31	LEITO
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DILTIAZEM HAS + LAXATIVA	<p><i>[Handwritten signatures and notes]</i></p>
2	AVP	
3	OLHO MINERAL 10 ML 8/8HR	
4	TENOXICAM 40 MG LV 21 X DIA S/N	
5	PLAS. 10MG LV 8/8H S/N	
6	DIPYRONA 16 EV DE 8/8H OU 1CP 500MG VO 8/8HR	
7	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
8	CAPTOPRIL 25 mg VO 5L PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
10	CURATIVO DIÁRIO	
11	SSVV + COGG 8/8 H	
12	CLINDAMICINA 600MG IV 6/6HRS OU ZCP 300MG VO 6/6HR	
13	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA	
14	CIFEXANE 40MG SC 1X DIA	
15		
16		
17		
18		
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESCALMA: 200-250. 2UI; 251-300: 4UI 301-350. 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10 UI OU GLICOSE > 75 DJML, GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEitado no leito, AI VO, REATIVO,
 COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SLM AI FRAÇÕES
 EXAM FÍSICO: BGL, TOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, ALERRII, PUPNEICO,
 RORVOCORADO. HODRATADO.
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	136/72	81	20	35.3
18 H	130/80	79	20	36.0
24 H	140/70	81		36.2°C

D. Marcos Aguiar
 CRM 2095
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

PRESCRIÇÃO DE ENFERMAGEM

1. Orientar sobre tipo de medicamento
2. Preparar e administrar o medicamento de acordo com a prescrição
3. Avaliar a eficácia e a segurança do tratamento
4. Registrar a administração do medicamento
5. Orientar sobre a prevenção de efeitos adversos
6. Orientar sobre a conservação do medicamento
7. Orientar sobre a administração do medicamento
8. Orientar sobre a administração do medicamento
9. Orientar sobre a administração do medicamento
10. Orientar sobre a administração do medicamento
11. Orientar sobre a administração do medicamento
12. Orientar sobre a administração do medicamento
13. Orientar sobre a administração do medicamento
14. Orientar sobre a administração do medicamento
15. Orientar sobre a administração do medicamento
16. Orientar sobre a administração do medicamento
17. Orientar sobre a administração do medicamento
18. Orientar sobre a administração do medicamento
19. Orientar sobre a administração do medicamento
20. Orientar sobre a administração do medicamento

EVOLUÇÃO DE ENFERMAGEM - ENFERMEIRO

PERÍODO MATUTINO

ASS: *[Handwritten signature]*
 PERÍODO VESPERTINO
[Handwritten notes]

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM - TÉCNICO DE ENFERMAGEM

PERÍODO MATUTINO

[Handwritten notes]
 ASS: *[Handwritten signature]*

PERÍODO VESPERTINO

[Handwritten notes]
 ASS: *[Handwritten signature]*

PERÍODO NOTURNO

PERÍODO NOTURNO

[Handwritten notes]
 ASS: *[Handwritten signature]*

[Small stamp or logo]



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

Bloco:	Data:	Enfermaria:	Leito:	
Nome Completo:		Idade:	Sexo:	
Hipótese Diagnóstica:				
Procedência: <input type="checkbox"/> Hipótese Diagnóstica				
Isolamento ou Prevenção: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Padrão <input type="checkbox"/> Contato <input type="checkbox"/> Gotículas aéreas <input type="checkbox"/> Gotículas perdigitais				
Alergia: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual(is):				
Necessidade de intérprete: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Qual idioma:				
Possui acompanhante: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Nome:				
Deambulação: <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Sem deambulação <input type="checkbox"/> Acamado <input type="checkbox"/> adeira de rodas <input type="checkbox"/> Fraca <input type="checkbox"/> Comprimetida/com cateter				

SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
<input type="checkbox"/> Consciente	<input type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input type="checkbox"/> Taquicárdico
<input type="checkbox"/> Sedado	<input type="checkbox"/> Turgor	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input type="checkbox"/> Bradicárdico
<input type="checkbox"/> Agitado	<input type="checkbox"/> Reflexos abdominais	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Hipotensão
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
<input type="checkbox"/> Pupila mêngrante	<input type="checkbox"/> Mioticas	<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Não reage
<input type="checkbox"/> Pupila mêngrante	<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Não reage	<input type="checkbox"/> Não reage
REGULAÇÃO TÉRMICA		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
<input type="checkbox"/> Afebril	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input type="checkbox"/> Pressão
<input type="checkbox"/> Febril	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Pressão	<input type="checkbox"/> Pressão
<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Pressão	<input type="checkbox"/> Pressão
CARACTERÍSTICAS DO FELP		REGULAÇÃO PERIFÉRICA	
<input type="checkbox"/> Húmeda	<input type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	<input type="checkbox"/> Cíclico
<input type="checkbox"/> Almacoreada	<input type="checkbox"/> Hipercoreada	<input type="checkbox"/> Hipercorada	<input type="checkbox"/> Timpânico
<input type="checkbox"/> Anictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Cianótica	<input type="checkbox"/> Ausente
<input type="checkbox"/> Actinótica	<input type="checkbox"/> Escama local	<input type="checkbox"/> Escama local	<input type="checkbox"/> Presente
<input type="checkbox"/> Úlcera por pressão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Úlcera por pressão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não
<input type="checkbox"/> Curativo realizado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Curativo realizado	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não

SISTEMA RESPIRATÓRIO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE	
<input type="checkbox"/> Eupneico	<input type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Dispneico
<input type="checkbox"/> Oxigenoterapia	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Qual:	<input type="checkbox"/> Ar ambiente <input type="checkbox"/> Trequeostomia
CONTROLE DE CATETES/SONDAS/ORENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
<input type="checkbox"/> Cateter Periférico	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Local:	<input type="checkbox"/> Data:
<input type="checkbox"/> Cateter Central	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Local:	<input type="checkbox"/> Curativo realizado em:
Sinais de Infecção no sítio da punção:			
<input type="checkbox"/> Vermelhidão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> Vermelhidão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNE
<input type="checkbox"/> Dor	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> Vermelhidão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNE
<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNE	<input type="checkbox"/> Vermelhidão	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNE
<input type="checkbox"/> Cateter Vesical	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Local:	<input type="checkbox"/> Data:
<input type="checkbox"/> Prótese	<input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Local:	<input type="checkbox"/> Data:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
<input type="checkbox"/> Diagnóstico	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório eficaz	
<input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação	
<input type="checkbox"/> Risco de hipotensão instável	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene	
<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos insuficiente	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de agitação humoral comprometida	
<input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais	
<input type="checkbox"/> Risco de constipação	<input type="checkbox"/> Risco de quedas	
<input type="checkbox"/> Diarria	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	
<input type="checkbox"/> Constipação intestinal	<input type="checkbox"/> Dor aguda	
<input type="checkbox"/> Paro do sono prejudicado	<input type="checkbox"/> Dor crônica	
<input type="checkbox"/> Inconsciência física prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea	
<input type="checkbox"/> Inconsciência mental prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração	
<input type="checkbox"/> Risco de atropiação da pele prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	
<input type="checkbox"/> Contato prejudicado	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	

404-3



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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
AGNÓSTICO FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E		
ALERGIAS	HAS	SIM
IDADE	31	LEITO 404-3
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA	
2	AVP	
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H OU 1CP 500MH VO 6/8HR	
10	TRAMAL 100MG + SFO.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 16D E OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSV + CCGG 6/6 H	
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/8HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR	
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA	
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS	
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA	

HORARIO
S/N
MOMTO
CRINGIA
S/N
S/N
S/N
S/N
S/N
S/N
Curativo
Relaxante
V.R. 8/8
S/N
S/N
S/N
10 HT
18 HT
32 HT

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), COM ORME ESQUEVA: 200-260; 2UL 251-300; 3UL 301-350; 4UL 351-400; 5UL 401-450; 6UL 451-500; 7UL 501-550; 8UL 551-600; 9UL 601-650; 10 UL 651-700; 10 UL E QU. GLICOSE < 70 DM/L, GLICOSE < 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTAS

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

OG - PA - 108/73 P-76 T=36.2

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/80	79	20	36.0°
18 H	129/89	92		36.40°
24 H	128/92	93	20	37.6

Dr Marcos Aguiar
CRM 1995
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dois 07 das 19 hrs. Adm. ajustado medicação + SV de traq. compare o me PA + troca de AVP de 100 22 MSD.

Bruno Rodrigues

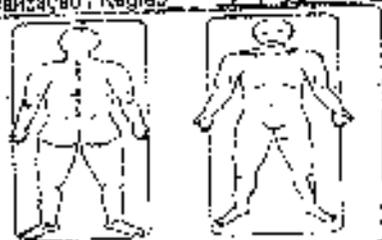
Localização / Região

Quilô

24.11

Localização / Região

MBC



DATA: 24.11

GRAU -

GRAU - 1



Pressão I - II - III - IV / Varicela / Artéria Diabética
 Maloclusão Drogas / Técnica / Outra

Comprimento _____ cm Largura _____ cm

Profundidade _____ cm

Tecido de granulação com esclero

tecido necrótico

seco, malito úmido, poeira

úmido, moderado molhado, aderente

Seroso Fibrinoso Sanguinolento

Purulento Secrossanguinolento

Fétido Não

evidente na remoção de cobertura a toira do feto

evidente no contato com o objeto Sem odor

Forma Macerada seca Entema / rubor

Fricção Outras

Zing. Fisiológico 0,9% Cloroxilina 1%

Cloroxilina 1% Outra

Gaze Colagenase

Fibrinase Sulfadiazina de Prata

AGE Outra

Manhã Tarde

Med. na Próxima troca:

de _____ de _____ de 24hrs

Carimbo e Ass.

Ass. em Enfermagem

Ass. em Administração

Ass. em Contábil

Ass. em ...

Pressão I - II - III - IV / Varicela / Artéria Diabética

Maloclusão Drogas / Técnica / Outra

Comprimento _____ cm Largura _____ cm

Profundidade _____ cm

Tecido de granulação com esclero

tecido necrótico

seco, malito úmido, poeira

úmido, moderado molhado, aderente

Seroso Fibrinoso Sanguinolento

Purulento Secrossanguinolento

Fétido Não

evidente na remoção de cobertura a toira do feto

evidente no contato com o objeto Sem odor

Forma Macerada seca Entema / rubor

Fricção Outras

Zing. Fisiológico 0,9% Cloroxilina 1%

Cloroxilina 1% Outra

Gaze Colagenase

Fibrinase Sulfadiazina de Prata

AGE Outra

Manhã Tarde

Med. na Próxima troca:

de _____ de _____ de 24hrs

Carimbo e Ass.

Ass. em Enfermagem

Ass. em Administração

Ass. em Contábil

Ass. em ...

01 João Dare Paiva Laureto
CORAD 447.031 - TE

01 João Dare Paiva Laureto
CORAD 447.031 - TE

01 Bruno Rodrigues
Ass. em Enfermagem
CORAD 447.031 - TE

Obs:

404.3



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

25 11 18
Colcha 55

DATA DE ADMISSÃO	D.H			DN
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA			
ACÚSOS	FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E			
ALÉRGICAS	SIAS	SIM	OV2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA 25/11/2018
TCM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA			MD
2	AVP			Mante
3	CIFCO MINERAL 10 ML 8/8HR			(13) (16) 11
4	FENOXICAM 40 MG EV D1 X D A S/N			SN
5	PLASLON 100MG EV 8/8H S/N			SN
6	DIPIRONA 1G EV DE 8/8H DJ 1CP 500MG VO 8/8HR			12 12 31 96
7	TRAMAPR 100MG + SF0,9% 100ML EV DL 8/8H SE DOR INTENSA			SN
8	CAPTORL 25 mg VO SE PAS > 160 F DL PAID > 10 MMHG			SN
9	SIMPLICONA 1 CP OD 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N			SN
10	CCRAT VO DIÁRIO			Curativo
11	SSVV + CCGG 8/8 -			Rolha
12	CLINDAMICINA 600MG EV 8/8HRS OU 2CP 300MG VO 8/8HR			12 12 31 96
13	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA			12 12 31 96
14	CLLXANE 40MG 80 1X DIA			NTE
15	NORIPRUM 1 AMP EV 1 X AO DIA			NTE
16	SULATO FLUKOSO 40WG 2 CP VO 12/2HRS			NTE
17	ACIDO FOLICO 5MG 01 COMP VO 1XDIA			NTE

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGIM AD (SC), COM UNIDADE SOLUVA 700-250 U/LI, 251 UOJ; 4UJ; 30-250 BU.
T 1-300 BU. 1-400 UOJ. FOL FLUCIDEP 870 01 ML. S + CGL 50% 10 ML EV + AV BAR PLANTONISA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CONHECIMENTO PACIENTE ELITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALERGIAS
EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANCIÓTICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
NÃO VOMITADO, HODRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	117/87	93	19	36,7°C
18 H	118/92	98	19	36,6°C
24 H	116/99	97		36,6°C

Dr. Marcos Aguiar
CRM 18955
Residente de Ortopedia e
Traumato

Oct. 950V
PA 117 x 74g
FC 80
T 36,6°C

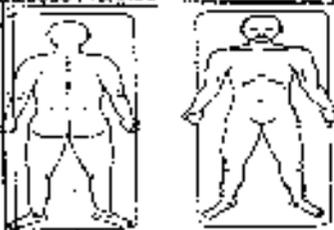
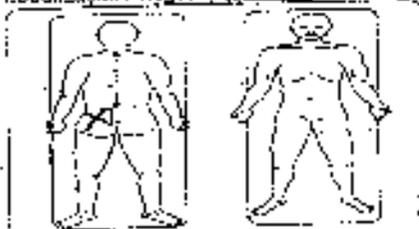
Tec. Aguiar

At 19 hs. Pac. sem queixas
administrada medicação e por,
afirma Sinais Vitais, funções
fisiológicas presentes, sem
necessidade de alteração (4)

BRUNO RODRIGO A. DA SILVA

Localização / Região: **GLUTEO**

Localização / Região



Pressão I - II - III - IV Venosa: Arterial Diabética
 traumática cirúrgica Traum. contus.

Pressão I - II - III - IV Venosa Arterial Diabética
nas lesões cirúrgicas e Trauma contus.

Comprimento: _____ cm. Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Comprimento: _____ cm Largura: _____ cm
Profundidade: _____ cm

Tecido de granulação sem estase
 tecido necrótico

Tecido de granulação com estase
 tecido necrótico

seco, mítilo úmido pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

seco, mítilo úmido, pouco
 úmido, moderado molhado, abundante

Sanguinolento Fibrinoso
 Purulento Serosanguinolento

Soro Fibrinoso Sanguinolento
 Fungos Serosanguinolento

Sim Não
 evidente na porção da cobertura a beira do leito

Sim Não
 evidente na porção da cobertura a beira do leito

evidente no entre no quarto sem odor

evidente no entre no quarto sem odor

Normal Macerada seca Estomatofóbica
 Prurido Outras

Normal Macerada seca Estomatofóbica
 Prurido Outras

Soro Fisiológico 0,9% Oxex dms 15%
 Clorexidina 4% Curato

Soro Fisiológico 0,9% Clorexidina 1%
 Oxex dms 15% Curato

Gaze Colagenase
 Fibrinase Sufaciões de Prata
 AGE Outro

Gaze Colagenase
 Fibrinase AGE

Anhe Curto

Médio Longo

Data da Próxima troca: **DIÁRIO**

01- **Bruno S. Pereira**
Téc. em Enfermagem
CRP 3186/2013

02- **Mrs Simone M. de Oliveira**
COREN-PR-828.826 - TE

Coordenador e Assinatura do Enfermeiro

DIAS:

Este documento adaptado da Secretaria Municipal de Saúde de Rio Branco e Copy Tec, Soluções Gráficas.

As informações aqui contidas são de caráter informativo, estas devem ser utilizadas apenas para fins de referência.



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

404
3

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
AGNÓSTICO FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E		
ALERGIAS	HAS	SIM
IDADE 31	LEITO	404-3
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORARIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA	
2	AVP	
4	OLCO MINERAL 10 ML 8/8HR	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR	
10	TRAMAL 100MG + SFD, 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 E OU PAD > 100 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIARIO	
14	SSVV + CCGG 8/6 H	
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR	
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA	
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS	
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA	

Handwritten notes and signatures:
 - "Hansen" (circled)
 - "Não tem" (circled)
 - Multiple scribbles and initials.

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250; 2U; 250-300; 4U; 300-350; 6U; 350-400; 8U; 400-450; 10 U E OU GLICOSE 2 75 DUAL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG; LQTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFE BRN, FUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	130/90	104	18	36,4°C
18 H	122/74	83	20	35,9°C
24 H	140/80	89	20mpm	37,3°C

Dr Marcos Aguiar
CRM 1998
Residente de Ortopedia e Traumatologia

06h. 130/80 80 20mpm 36,4°C
 Os 38h, mediu todos 1 hora de
 observação f. No do MDC.

Handwritten signature and stamp:
 [Signature]
 COORDENADOR DE SERVIÇOS DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

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

Paciente: **D** Data: **26-11-18** Enfermeira: **MOH** Leito: **3**
 Nome Completo: **Bruno Rodrigo Almeida** Idade: _____ Sexo: **M**
 Hipótese Diagnóstica: **Fx Diapase de feridas + Fx Espasmo**
 Avaliação de Periculosidade: Sim Não Pacífico Contato Gradual Escala de periculosidade: **Libre**
 Avaliação de Integridade: Sim Não Qual(is): _____
 Questão diagnóstica: **Diapase**
 Estado de consciência: Sim Não Obs: _____
 Estado de circulação: Normal Sem deambulação Acamado Cadela de rodas Traço Compreendida/Incompreendida

SISTEMA NEUROLÓGICO			SISTEMA CARDIOVASCULAR		
Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	Normotensão	<input type="checkbox"/> Bradicardia	<input type="checkbox"/> Taquicardia
Intensa	<input type="checkbox"/> Intensa	<input type="checkbox"/> Conatoso	Murmulho	<input type="checkbox"/> Hipotensão	<input type="checkbox"/> Hipertensão
Resposta a estímulos	<input type="checkbox"/> Resposta a estímulos	<input type="checkbox"/> Não responde	Pulso cheio	<input type="checkbox"/> Pulso fraco	<input type="checkbox"/> Ausente

REGULAÇÃO TÉRMICA			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL		
Normotermia	<input type="checkbox"/> Hipotermia	<input type="checkbox"/> Hipertermia	BO	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não
Febre	<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Presença	Alimentação da dieta	<input type="checkbox"/> Boa	<input type="checkbox"/> Ruim
			Evacuação	<input type="checkbox"/> Presente	<input type="checkbox"/> Ausente

CARACTERÍSTICAS DA PELE			REGULAÇÃO ABDOMINAL		
Desidratada	<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Ressecada	Normotonia	<input type="checkbox"/> Distensão	<input type="checkbox"/> Glóscia
Hiperpigmentada	<input type="checkbox"/> Hiperpigmentada	<input type="checkbox"/> Hiperqueratose	Resistência	<input type="checkbox"/> Macia	<input type="checkbox"/> Indurida
Urticária	<input type="checkbox"/> Urticária	<input type="checkbox"/> Glandulosa	Alívio hidroedematoso	<input type="checkbox"/> Ausente	<input type="checkbox"/> Presente
Edema	<input type="checkbox"/> Edema	<input type="checkbox"/> Local	Prurido	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Sim

SISTEMA RESPIRATÓRIO			SISTEMA URINÁRIO / DURESA		
Dispneia	<input type="checkbox"/> Indisponibilidade	<input type="checkbox"/> Taquidispnéia	Spontânea	<input type="checkbox"/> SVD	<input type="checkbox"/> Anúria
Dispneia	<input checked="" type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	Polúria	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Hematuria
			Cistostomia	<input type="checkbox"/> Disúria	<input type="checkbox"/> Hematuria

CONTROLE DE CATERETES/SONDAS/DRENAGENS/ORTESSES E PRÓTESES		
Local	MS E	Data: 23/11
Local	MS E	Curativo realizado em: _____
Aspecto da secreção	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Trocar em: 25/11
Data de instalação	<input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	Trocar em: _____
Tipo	<input type="checkbox"/> SUG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> OE <input type="checkbox"/> GFT	

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM		
Deficiência	<input type="checkbox"/> Risco respiratório (relato)	
Risco de constrição das equívocos	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação	
Risco de glicemia instável	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene	
Risco de desequilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente	
Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	
Volume de líquidos deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida	
Risco de lesão térmica prejudicada	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais	
Risco de constrição	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de quedas caído	
Risco de infecção	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio da temperatura corporal	
Risco de lesão térmica prejudicada	<input type="checkbox"/> Dor aguda	
Risco de lesão térmica prejudicada	<input type="checkbox"/> Dor crônica	
Risco de lesão térmica prejudicada	<input type="checkbox"/> Náusea	
Risco de lesão térmica prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de broncoespasmo	
Risco de lesão térmica prejudicada	<input type="checkbox"/> Risco de infecção	
Risco de lesão térmica prejudicada	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada	

4043



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

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA					
AGNÓSTICO FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E					
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	27/11/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA				
2	AVP				
4	CI FD MINFRAL 10 ML 8/BHR				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
5	PLASIL 10MG EV 8/8! S/N				
3	DIPÍRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR				
10	TRAMAL 100MG + SFO.0% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 150 e OU PA > 100 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 8/8 H				
15	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
18	NORPURIUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/2HRS				
20	ÁCIDO FÓLICO 5MS - 03 COMP VO 1XDIA				

SE C/ABECCO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), COM ORAL LSG. LAM 200-250, 2UI, 25-300: 4UI, 300-350: 6UI; 351-400: 8UI, 400-450: 10UI F. GL. C. GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 80% 40 ML EV + VISION PLANTIONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BEG, IOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SLM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
B H	PA	FC	FR	
12 H	120x80	68	18	36.6
18 H	118x69	86	19	37.3
24 H	122x75	78	20	36.9
	113/71	79	19	36.28

Dr. Marcos Müller
CRM 8888
Residência em Ortopedia e Traumatologia



SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCO 2 - ANCIOR

Paciente: D Data: 27.11.18 Enfermeiro: 404 Leito: 3

Nome Completo: Brúnia Rodrigues Almeida Silva Idade: 63 Sexo: F

Hipótese Diagnóstica: IC, Diátese de fígado e fratura

Presença de Presença: () Sim (X) Não () Padrão () Consulta () Sufocação - ascos () Glicemia - pendentes

Alimentação: () Sim (X) Não Qual(is):

Atividade de Motricidade: () Sim (X) Não Qualidões:

Estado de Consciência: (X) Sim () Não Obs:

Deambulação: () Normal () Sem assistência (X) Adaptado () Cadeira de rodas () Fraca () Comprometida/ambaleata

SISTEMA NEUROLÓGICO		SISTEMA CARDIOVASCULAR	
<input checked="" type="checkbox"/> Orientado	<input type="checkbox"/> Desorientado	<input checked="" type="checkbox"/> Normotênico	<input type="checkbox"/> Bradicárdico
<input type="checkbox"/> Impulsivo	<input type="checkbox"/> Comatoso	<input checked="" type="checkbox"/> Normotênico	<input type="checkbox"/> Hipotensão
<input type="checkbox"/> Reage a estímulos	<input type="checkbox"/> Não reage	<input checked="" type="checkbox"/> Pulso cheio	<input type="checkbox"/> Surto
PUPILAS		ALIMENTAÇÃO E ESTADO DA PRECONDIÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Isocóricas	<input type="checkbox"/> Mioticas	<input checked="" type="checkbox"/> NG	<input type="checkbox"/> SNG/SUG
<input type="checkbox"/> Anisocóricas	<input type="checkbox"/> Não reage às	<input checked="" type="checkbox"/> Aceitação da dieta	<input type="checkbox"/> SNG

REGULAÇÃO TÉRMICA		ALIMENTAÇÃO E ESTADO DA PRECONDIÇÃO	
<input checked="" type="checkbox"/> Normotérmico	<input type="checkbox"/> Hipotérmico	<input type="checkbox"/> Normal	<input type="checkbox"/> Diarréico
<input type="checkbox"/> Febre	<input type="checkbox"/> Hipertérmico	<input checked="" type="checkbox"/> Presença	<input type="checkbox"/> Obstipação
	<input type="checkbox"/> Pirécia		<input type="checkbox"/> Malabsorção

CARACTERÍSTICAS DA PELE		REGULAÇÃO HÍDRICA	
<input checked="" type="checkbox"/> Desidratada	<input type="checkbox"/> Das brimada	<input type="checkbox"/> Normotênica	<input checked="" type="checkbox"/> Distúrbio
<input checked="" type="checkbox"/> Hiperemolada	<input type="checkbox"/> Hipocorada	<input type="checkbox"/> Anúria	<input type="checkbox"/> Anúria
<input checked="" type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Ictérica	<input type="checkbox"/> Polúria	<input type="checkbox"/> Anúria
<input checked="" type="checkbox"/> Edema local	<input type="checkbox"/> Edema local	<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Anúria
<input type="checkbox"/> Sim	<input type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Polúria	<input type="checkbox"/> Anúria
		<input type="checkbox"/> Oligúria	<input type="checkbox"/> Anúria

SISTEMA RESPIRATÓRIO		SISTEMA GASTROINTESTINAL	
<input checked="" type="checkbox"/> Bradipneico	<input type="checkbox"/> Taquipneico	<input type="checkbox"/> Espontânea	<input type="checkbox"/> SVD
<input type="checkbox"/> Sim	<input checked="" type="checkbox"/> Não	<input type="checkbox"/> Polúria	<input type="checkbox"/> Disúria
		<input checked="" type="checkbox"/> Taquístomia	<input type="checkbox"/> Anúria

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES			
Cateter Peritônico	<input checked="" type="checkbox"/> Sim () Não	Local: <u>ABC</u>	Data: <u>28/11/18</u>
Cateter Central	<input type="checkbox"/> Sim (X) Não	Local: _____	Trocar em: <u>28/11</u>
Qualidade da conexão no sítio da punção:	() Sim () Não	Curva (se não for): _____	Trocar em: _____
Qualidade:	() Sim (X) Não () SNG	() SOG () SNE () SOE () GTT	() Lavagem () Sifonagem
Trocar em:	Aspecto da inserção:	Data da instalação:	Trocar em:
Trocar em:	<input type="checkbox"/> Sim (X) Não	Tipo:	Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM	
<input type="checkbox"/> Desequilíbrio	<input type="checkbox"/> Padrão respiratório ineficaz
<input type="checkbox"/> Alteração na função do equilíbrio	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação
<input type="checkbox"/> Alteração da glicemia instável	<input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene
<input type="checkbox"/> Alteração no equilíbrio do volume de líquidos	<input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente
<input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo	<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada
<input type="checkbox"/> Alteração da função deficiente	<input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida
<input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada	<input type="checkbox"/> Processos familiares disfuncionais
<input type="checkbox"/> Alteração da percepção	<input checked="" type="checkbox"/> Risco de quedas <u>APCADO</u>
<input type="checkbox"/> Alteração da percepção	<input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio da temperatura corporal
<input type="checkbox"/> Alteração da percepção	<input type="checkbox"/> Dor aguda
<input type="checkbox"/> Alteração da percepção	<input type="checkbox"/> Dor crônica
<input type="checkbox"/> Alteração da percepção	<input type="checkbox"/> Náusea
<input type="checkbox"/> Alteração da percepção	<input type="checkbox"/> Risco de broncoaspiração
<input type="checkbox"/> Alteração da percepção	<input type="checkbox"/> Risco de infecção
<input type="checkbox"/> Alteração da percepção	<input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada

Tratamento de Feridas -

Paciente:

Bruno Realiog A. da Silva

HGR

Leito: 404-3

Data: 27/11/18

Localização	 	Região: <u>Sacral</u>	 	Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> ALPP I III IV ?* () Queimadura () Cirurgia () DM () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo () ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Aparência do Leito	<input checked="" type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra () Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada () Dreno/Sonda () Outros _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normal () Macerado () seca () Jilernia / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Pele Perifoneal	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso () Sanguinolento () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molido <input checked="" type="checkbox"/> Úmido () Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze () Colágeno/ Fibriase () Sulfadiazina de Prala () Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>NGE</u>			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze () Colágeno/ Fibriase () Sulfadiazina de Prala () Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário () 48/48h () 12/12 () Diário () 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	Gerente de Enfermagem M. Viana Auxiliar de Enfermagem Conceição 49709 			
Observações:	<p style="text-align: center;"><u>Fernando</u></p>			

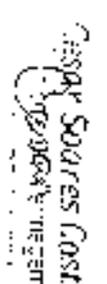
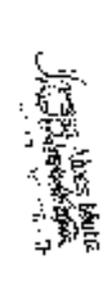
Tratamento de Feridas -

 Paciente: **Bruno R. A. Salvea**

HGR

 Leito: **2.045**

 Data: **28/11/2018**

Localização			Região: abdômen			Região: _____
Etiologia	<input checked="" type="checkbox"/> QLP/PP/KII III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> IEP/ I III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: _____ Tração _____ Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarelada/Neira <input type="checkbox"/> Estável <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Drenos/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarelada/Neira <input type="checkbox"/> Estável <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Drenos/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____			
Pele Perifoneal	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Ferida/ Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerada <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Ferida/ Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input checked="" type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serosanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco	<input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco				
Solução de Limpeza	<input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		<input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input checked="" type="checkbox"/> Álcool 70%			
Cobertura primária	<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: Algodão e Celofano		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			
Proca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> 05/12	<input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h	<input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário	<input type="checkbox"/> 48/48h		
Profissional que realizou procedimento:	Carla Soares Costa 		Carla Soares Costa 			
Observações:	_____ _____ _____					



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

4103

PRESCRIÇÃO MÉDICA					
DATA DE ADMISSÃO	DIH			BN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FX DIÁFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E				
ALERGIAS	HAS	SIM	DM		
IDADE	31	LEITO	4043	DATA	29/1/2018
TEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA				
2	AVP				
4	OLÉO MINERAL 10 ML 8/8HR				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/8H OU 1CP 500MH VO 8/8HR				
10	TRAMAL 100MG + SFD 5% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25.mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 6/6 H				
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/2HRS				
20	ACIDO FOLICO 5MG - 01 COMP VO 1X DIA				

[Handwritten scribbles and signatures]

SI DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (60 U) CONFORME ESCHEMA 200 250 300 350 400 450 500 550 600 650 700 750 800 850 900 950 1000 U. GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 60% 40 ML EV + AVISAR PLAN FISIATA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

ca. 1. P.D. 166x78. P. 70 T=36,9°C

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	150/80	74	20	37,4°C
18 H	122/86	54	20	36,5°C
24 H	132x77	88	20	37,1°C

Dr. Marcos Aguiar
 CRM: 1995
 Residente Ob Ortopedia e Traumatologia

04h 13 h; paciente no leito, informa que se sente bem, interesse presente, hidratado sem apnéia, SSVV. etc. Elizabeth de Elizabeth para a família alguma, no...

4103



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

DATA DE ADMISSÃO	DI	DN
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA	
AGNÓSTICO	FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E	
ALERGIAS	HAS	SIM DM2
IDADE	31	LEITO 404-3 DATA 30/11/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIE TA ORAL HAS + LAXATIVA	
2	AVP	
4	DIFC MINFRA. 10 ML 8/8 HR	
7	TENOXCAM 40 MG EV 31 X DIA S/N	
8	PLASU 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1000 EV DE 6/5H OU 1CP 500ML VU 6/5HR	
10	TRAVAL 100VIG - SI 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR IN TLNSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 160 / OJ PAO > 120 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIARIO	
14	SSVV + COGG 6/6 H	
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR	
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA	
17	C. FXANE 40MG SC 1X D A	
18	NORIPURJM 1 AMP LV 1 X AO D A	
19	SOLU FATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS	
20	ACIDO FO. CO 5MG - S1 COMP VO 1X DIA	

ja iniciado

[Handwritten signatures and notes]

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA ATÉ 100% (100% DIURNO) E ESCALONADA (200/150/100/50) 4UL, 3M, 250/50/50/50, 350/400/500/600/700/800/900/1000/1100/1200/1300/1400/1500/1600/1700/1800/1900/2000/2100/2200/2300/2400/2500/2600/2700/2800/2900/3000/3100/3200/3300/3400/3500/3600/3700/3800/3900/4000/4100/4200/4300/4400/4500/4600/4700/4800/4900/5000/5100/5200/5300/5400/5500/5600/5700/5800/5900/6000/6100/6200/6300/6400/6500/6600/6700/6800/6900/7000/7100/7200/7300/7400/7500/7600/7700/7800/7900/8000/8100/8200/8300/8400/8500/8600/8700/8800/8900/9000/9100/9200/9300/9400/9500/9600/9700/9800/9900/10000

VOLUÇÃO MÉDICA:

ELVCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO,
COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BGL, LO/L, ACIANÓTICO, ANCTÉRICO, A-LIBIL, EUPNEICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
*PRIVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

GH: 105x69	74	20	36,7°C
SINAIS VITAIS			
GH	PA	FC	FR
12H	140/60	86	20
18H	140/80	92	20
24H	135x84	90	19

[Handwritten signature]
Dr. Marco Aguiar
CRM 1547
Residência de Ortopedia e
Traumatologia

19:00 as 07:00 Admimistrado
medicações cpm, a ferida SSVU
Segue com cuidados de enfermagem.



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

DATA DE ADMISSÃO	DIH			DN
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA			
AGNÓSTIO	FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E			
ALERGIAS	HAS	SIM	DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA 01/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO			HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA			5:00
2	AVP			manhã
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR			08:00
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N			5:00
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N			5:00
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MG VO 6/6HR			5:00
10	TRAMAL 100MG + SF0 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA			5:00
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG			5:00
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N			5:00
13	CURATIVO DIÁRIO			curativo
14	SSVV + CCGG 6/8 H			Realizar
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR			18:00
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA			18:00
17	GLEXANE 40MG SC 1X DIA			18:00
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA			18:00
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS			18:00
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA			18:00

*liberado Pi
farmácia*

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (80) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI 251-300: 4UI 301-350: 6UI; 351-400: 8UI 401-450: 10 UI E QUI GLICOSE < 70 DLMIL, GLICOSE 50% 40 ML EV + AV.SÃO PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

*SSVV 08h
 PE 7/20/18
 SC 76
 + 36,3*

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	140/80	76	20	36,3
18 H	130/80	80	20	36,6
24 H	120/70	80	20	36,7

Dr Marcos Aguiar
 CRM 1985
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia

Das 09h às 15h. Foi ministrado medicamento + SV de acordo com a prescrição. A farmácia não liberou o medicamento para alguns pacientes, enfermeira orientou a família.



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
ACNÓSTICO	FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	02/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA				S/N
2	AVP				S/N
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/BHR				S/N
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR				S/N
10	TRAMAL 100MG + SFD, 8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				S/N
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
13	CURATIVO DIÁRIO				S/N
14	SSV + CCGG 8/6 H				S/N
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				S/N
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				S/N
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				S/N
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				S/N
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS				S/N
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA				S/N

Handwritten notes:
 100MG 2x/dia
 12/12/18
 10-18 2x/dia
 CONT F
 12

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-200, 200, 250-300 4UR; 200 350, 6UI; 350-400 6UI; 2-4UI 10 UI EXC/ GLICOSE < 70 DM/L. GLICOSE 50% 40ML EV + AVISAR PLANO CIRÚRGICA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS	70	64	20	36
6 H	70	FC	FR	36
12 H	70	80	19	36
18 H	80	82	-	35
24 H	60	68	25	37

Dr Marcelo Aguiar
 CRM 1995
 Residente de Ortopedia e Traumatologia

Handwritten notes:
 07 as 19 - Adm. med. C.P.M + cuidados de enfermagem + sinais vitais

Handwritten signature:
 Valdeci
 Residência de Ortopedia e Traumatologia

404-3



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E				
ALÉRGICAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	03/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA				S/N
2	AVP				14 22 06
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR				
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H OU 1CP 500MH VO 6/6HR				S/N
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110-MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	CURATIVO DIÁRIO				
14	SSVV + CCGG 8/6 H				Rotina
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/6HR				12-24 d/c
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA				12-24
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA				12-24
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				12-24
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS				12-24
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA				12-24

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-950: 2UI; 250-300: 4UI; 300-350: 6UI; 350-400: 8UI; 400-450: 10UI E OUTROS CASOS 2 UI/DIA. GLICOSE 500 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	—
12 H	110x70	—	—	36°C
18 H	120x80	88	20	36,5°C
24 H	118x62	77	18	37°C

Dr. Marcos Aguiar
CRM 1995
Residente De Ortopedia e Traumatologia

19 as 7h Administrado as medicações CPM, realizado Ap Pnc MSD com glicose 50 e aferido SSVV. Tec. Luizkete



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

4104
3

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
DIAGNÓSTICO FX DIAFÍSE DE FEMUR E + FX EXPOSTA DE TIBIA E		
ALERGIAS	HAS	SIM DM2
IDADE	LEITO	DATA 04/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL HAS + LAXATIVA	
2	AVP	
4	OLEO MINERAL 10 ML 8/8HR	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	* DIPIRONA 1G EV DE 6/8H OU 1CP 500MH VO 6/8HR	
10	TRAMAL 100MG + SFD 9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	CURATIVO DIÁRIO	
14	SSVV + CGGG 6/6 H	
15	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6HRS OU 2CP 300MG VO 6/8HR	
16	LEVOFLOXACINA 500MG EV 1 X DIA OU 1 CP V.O	
17	CLEXANE 40MG SC 1X DIA	
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	
19	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP V.O 12/12HRS	
20	ÁCIDO FÓLICO 5MG - 01 COMP VO 1XDIA	

Handwritten notes and signatures: (14), (22), (9), (18), (20), (24), (26), (28), (30), (32), (34), (36), (38), (40), (42), (44), (46), (48), (50), (52), (54), (56), (58), (60), (62), (64), (66), (68), (70), (72), (74), (76), (78), (80), (82), (84), (86), (88), (90), (92), (94), (96), (98), (100).

07 as 13hs
Administração
medicamentos
com, aferi
SSVV

SE DIABÉTICO COMPENSAÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-200, 200; 250-300; 400; 300; 500; 800; 550-400; 800; 2-400-10 ML E.O.U. GLICOSE = 70 D.ML, GLICOSE 20% 40 ML EV + AMIBAR P. ANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

- # ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
- # EXAME FÍSICO: UEG, LOTT, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LUPNICO, NORMOCORADO, HIDRÁTADO.
- # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	32/122	97	19	36,42
18 H	111 X 65	79	sem saturação	36,6
24 H	98/62	74		36,3
				36,3

OG- 100/72 57

Odinachi Okerniri
CRM 1851/RR
Residência de Ortopedia e Traumatologia

Handwritten signature and stamp: 04/12/2018, Hospital Geral de Roraima, Serviço de Ortopedia e Traumatologia, Coordenador



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

4104
3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	05/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
4	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O				
7	TENOXICAM 40 MG EV 0 ^a X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SFC 0,9% 100ML EV DE 6/6H SE DOR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO 5 ^a PAS > 160 E OU PAD > 110 NIMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GUTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG LV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
14	SSVV + DCGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS				
17	CLFXANE 40MG SO 1 X AO DIA				
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
19	OLEO MINERAL 10ML VO 8/8HRS				
20	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS				
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA				
	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				

Handwritten notes and signatures, including a large signature and some scribbles.

EVOLUÇÃO

#1 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LLITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
#2 EXAME FÍSICO: REG, LO FE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.
#3 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	120x85	70	14	36°C
12 H	PA	FC	FR	TAX
18 H	114/70	64	19	36,0
24 H	103/62	48	20	36,6°C
	100/60	40	14	36°C

Dr. Osinachi Okemirij
Residente em Ortopedia e
Traumatologia
Rm 1851-PR



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

404
3

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ		
ALERGIAS	HAS	DMZ
IDADE 31	LEITO 404-3	DATA 06/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AVP	
4	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O	
7	TENOXICAM 40 MG EV C1 X DIA S/N	
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAÍS > 160 F OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
14	SSVV + CCGG 6/6 H	
16	CURATIVO DIÁRIO	
18	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS	
17	CLEXANÉ 40MG SC 1 X AO DIA	
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA	
19	OLIO MINERAL 10ML VO 8/8HRS	
20	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS.	
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA	
SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CON: ORME ESQUEMA. 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI L OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

HORARIO
 [Handwritten notes and signatures]

EVOLUÇÃO

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: BEG, LOTL, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉFICO,
 NORMOCORADO, HÍDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	120/60	75	20 Ompm	36,1°C
12 H	PA	FC	FR	
18 H	120/60	72	20 Ompm	36,6°C
24 H	113/69	71	20	36,6°C
29 H	120/80	80	20 Ompm	36,3°C

Dr Odizachi Okumari
 Residente De Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1255-RR

07 de 13 - [Handwritten notes]

ADM medicamentos conforme prescrição, afeto su
 bitais

Dr Sarah
 Sarah Soares Caldeira
 COREN-RR 067.985-R



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

404
3

DATA DE ADMISSÃO _____ DIH _____ DN _____
 PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA
 AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ
 ALERGIAS _____ HAS _____ DM2 _____
 IDADE 31 LÉITO 404-3 DATA 07/12/2018
 TEMPRESCRIÇÃO

- 1 DIETA ORAL LIVRE
 - 2 AVP
 - 4 LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP VO
 - 7 TENOXICAM 40 MG EV Q1 X DIA S/N
 - 8 PLASIL 10MG EV 8/8H S/N
 - 9 DÍPIRONA 1G EV DE 6/8H S/N
 - 10 TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA
 - 11 CAPTOPRIL 25 mg VO SC PAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG
 - 12 SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N
 - 13 OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N
 - 14 SSVV + CCGG 6/6 H
 - 15 CURATIVO DIÁRIO
 - 16 CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS
 - 17 CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA
 - 18 NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA
 - 19 OLEO MINERAL 10ML VO 8/8HRS
 - 20 SULFATO FERROSO 100MG 2 CP VO 12/12HRS
 - 21 ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA
- 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
 60% 40-ML EV + AVISAR PLANTONISTA

HORARIO
 [Handwritten signatures and notes]

EVOLUÇÃO
 ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LLITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 EXAME FÍSICO: REC, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HIDRATADO.
 PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H	120/70	89	20	36,5
24 H	128/77	73	19	36,0

Dr Odinaldo Okninski
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRM 1851-RR

7 de 13 hg por adm
 medicado horário
 + 55/11
 Ana Maria S. Macedo
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 802.411.534

13:00 às 14:00
 Conselho Administrativo de Residência de Ortopedia e Traumatologia
 Avenida Desembargador Manoel de Medeiros, s/n, Vila Militar, Boa Vista, Roraima
 ANA MARIA S. MACEDO
 Auxiliar de Enfermagem
 COREN-RR 306.411.534



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

404



DATA DE ADMISSÃO		DH		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ				
ALERGIAS		FIAS		DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	08/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORÁRIO
1	DILTA ORAL LIVRE				S/N
2	AVP				Manten
4	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O				16
7	FLNOXICAM 40 MG EV 31 X DIA S/N				S/N
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				S/N
9	DIPIRONA 1G LV LIE 8/6H S/N				S/N
10	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				S/N
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 L/DI PAD > 110 MMHG				S/N
12	SIMPLIFICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				S/N
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 2 CP V.O S/N				S/N
14	SSVV + CCGG 8/8 H				Ritua
15	CURATIVO DIÁRIO				Curativo
16	CLINDAVICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 8/6HRS				12 18 24 08
17	CELEXANL 40MG SC 1 X AO DIA				16
18	NORPIRUM 1 AMP LV 1 X AO DIA				16
19	OLEO MINERAL 10ML VO 8/8 HRS				Remoção (26) (16) (24)
20	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS				12 18 24
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AODIA				16
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

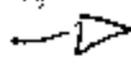
EVOLUÇÃO

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALÉTRACÕES
 EXAME FÍSICO: MUC, LÓTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, PUPNETOS, NDRMOCORADO, HIDRATADO.
 PREVISÃO DL ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H				
12 H	PA	FC	FR	T
18 H	125/74	70	20	36,6
24 H	140/20	88	17	38,8
00	127/102	74		36,6
06	135/100	68		36,5

[Handwritten signature]
 Dr. Odinochi Okemil
 Residente de Ortopedia e
 Traumatologia
 CRR 1851 RR



404-3

M



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



DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN	
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
AGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ				
ALERGIAS		HAS		DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	09/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				SND
2	AVP				
4	LEVOFLOXACINA 500MG LV OU 1 CP V.O				
7	IFNOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N				
8	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
9	DIPIRONA 1G EV DC 8/8H S/N				
10	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV (DE 8/8H) SE DOIR INTENSA				
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG				
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
13	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
14	SSVV + CUGG 6/6 H				
15	CURATIVO DIÁRIO				
16	CLINDAMICINA 800MG EV 8/8HRS OU 2CP (300MG) V.O 8/8HRS				
17	GLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA				
18	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
19	OLEO MINERAL 10ML VO 8/8HRS				
20	SULFATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS				
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA				
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 DI./ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AMISAR PLANTONISIA					

EVOLUÇÃO

ENCONTRO PACIENTE DEIXADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO.
 ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
 # EXAME FÍSICO: REG. LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,
 NORMOCORADO, HÍDRATADO.
 # PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	130x50	66	19	36,0°C
12 H	PA	FC	FR	T
18 H	116x70	70	20	36,5°C
24 H	133x80	70	19	36,7°C
24 H	100x60	40	19	36,0°C

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



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

404
3

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
AGNÓSTIK FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ		
ALERGIAS	FIAS	DM2
IDADE 31	LEITO 404-3	DATA 10/12/2018
TIEM	PRESCRIÇÃO	
1	DURETA ORAL LIVEL	
2	AMP	
4	LEVOFLOXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O	
7	TENOXICAM 40 MG LV 01 X DIA S/N	
8	PLASIL 100MG FV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G FV DE 8/8H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML FV DE 8/8H SL DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SF PAS > 150 e OU PAD > 110 MMHG	
12	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG FV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N	
14	SSVV + COGO 8/8 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 8/6HRS	
17	CLEXANE 40MG SC 1 X AO DIA	
18	NORIPURUM 1 AMP LV 1 X AO DIA	
19	OLIO MINERAL 10ML VO 8/8HRS	
20	SULFATO FERROSO 400MG 2 CP VO 12/12HRS	
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA	
<p>SE DIABÉTICO CORRIGÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUIEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI L OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML FV + AVISAR PLANTONISTA</p>		

EVOUÇÃO

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: SIG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LIMPÍDICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

06:00 de SSVV
PA 133 x 86
FC 86
TAX 36,2°C

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	
14:20 H	123/65	83	20	35,8
18 H	133/70	68	18	36,2
24 H				34,9

Dr. Odinezi Góes
Residente de Ortopedia e
Traumatologia
Crm 1231 RR

4hrs P.A 110 170 mmHg P: 80 R: 18 T: 36,2°C

13 e 14hs losartano
med. cpr e de heparina + SSVV

de 26

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

Bloco: D Data: 10/12/18 Enfermaria: 404 Leito: 3
 Nome Completo: Diana Rodrigues Almeida da Silva Sexo: () F (X) M
 Turma: _____ Hipótese Diagnóstica: _____
 Isolamento e Precaução: () Sim () Não () Pálido () Contato () Glicúlia adesiva () Sotúla - perigosa
 Alargac: () Sim () Não Qual(is): _____
 Necessidade de intérprete? () Sim () Não Qual idioma: _____
 Possui acompanhante: () Sim () Não Obs: _____
 Desambulação: () Normal () Semi desambulação () Acenado () Cadela de rodas () Fraca () Cumprometida/Cambaleante

SISTEMA NEURÓLOGICO () Inconsciente () Orientado () Desorientado () Sedado () Torpido () Comatoso () Agitado () Resposta estímulos () Não reage		SISTEMA CARDIOVASCULAR () Normocárdica () Bradicárdica () Taquicárdica GC: _____ () Normotensa () Hipotensa () Hipertensa PA: _____ () Pulso Cheio () Filiforme () Arritmico Pulsa: _____	
PUPILAS () Homóteras () Mioticas () Midriáticas () Isocóricas () Anisocóricas () Não reage		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL () VO () SNG/SOG () SNE/SDE () GTT () NFI Anestesia da dieta: () Sim () Não () Parcial Evacuações: () Presente () Ausente () Colostomia () Normal () Diarreia () Constipação () Mena Flatus: () Presente () Ausente	
REGULAÇÃO TÉRMICA () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico () Febril () Febre () Piroxa () Hipotensão		REGULAÇÃO ABDOMINAL () Normotenso () Distendida () Globoso () Flácido () Assilente () Macço () Timpânico Ruidos Hidráulicos () Presente () Ausente Visceromegalias: () Sim () Não GC: () Sim () Não	
CARACTERÍSTICAS DA PELE () Ictérica () Desidratada () Rosetada () Normohidrata () Hipohidrata () Hipertrofia () Anictérica () Ictérica () Leodéica () Anictérica () Edema Local _____ Úlcera por pressão: () Sim () Não Sinais: _____ Curativos realizados: () Sim () Não HD: () SIM () NÃO		SISTEMA URINÁRIO / DIURESE () Espontânea () SNG () Anúria () Oligúria () Polúria () Diúria () Colúria () Hemúria () Cateterizada () Irrigação contínua () Urores	
SISTEMA RESPIRATÓRIO () Eufônico () Bronca seca () Taquicênico () Dispneico () Ambiente () Tequeostomia Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____			
CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRINDS/DRIFESSES E PRÓTESES Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____ Data: _____ Total em: _____ Cateter Central: () Sim () Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de infecção no sítio de punção: () Sim () Não Sondas: () Sim () Não () SNG () SNE () SDE () GTT () Lavagem () Sifonagem Dreno de: _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: () Sim () Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Anódo: () Sim () Não Tipo: _____ Local: _____			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM			
() Deglutição () Risco de nutrição desequilibrada () Risco de glicemia instável () Risco de desequilíbrio do volume de líquidos () Volume de líquidos excessivo () Volume de líquidos eficiente () Irrigação urinária prejudicada () Risco de constipação () Diarreia () Inconstância intestinal () Pac. de sono prejudicado () Integridade física prejudicada () Integridade da pele prejudicada () Risco de integridade da pele prejudicada () Conforto prejudicado		() Padrão respiratório ineficaz () Déficit no autocuidado para alimentação () Déficit no autocuidado para banho/higiene () Conhecimento deficiente () Comunicação verbal prejudicada () Risco de dignidade humana comprometida () Processos familiares disfuncionais () Risco de quedas () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal () Dor aguda () Dor crônica () Náuseas () Risco de broncoaspiração () Risco de infecção () Ventilação espontânea prejudicada	



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

404
3

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
PACIENTE BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA		
AGNÓSTICO FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX EXPOSTA TIBIA ESQ		
ALERGIAS	DIAS	DM2
IDADE 31	LEITO 404-3	DATA 11/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	AMP	
4	LEVOFLOXACINA 500MG LV OU 1 CP V.O	
7	TENOXICAM 40 MG EV 01 X DIA S/N	
5	PLASII 10MG FV 8/8H S/N	
9	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N	
10	TRAMAL 100MG + SI 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
11	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 100 E OU PAD > 130 MMHG	
12	SIMPLICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N	
13	OMEPRAZOL 40MG LV 2 X AO DIA OU 1 CP V.O 5/N	
14	SSW + CCGG 8/8 H	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLINDAMICINA 600MG FV 8/8HRS OU 2CP (300MG) V.O 8/8HRS	
17	CIFEXANI 40MG SC 1 X AO DIA	
18	NORIPURUM 1 AMP FV 1 X AO DIA	
19	OLHO MINERAL 10ML VO 8/8HRS	
20	SUI FATO FERROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS	
21	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA	
<p>SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME LESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML FV + AVISAR PLANTONISTA</p>		

EVOLUÇÃO

EM ENCONTRO PACIENTE DEFEITO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BGL, LOTE, ACIANÓTICO, ANCTÉRICO, AFBRII, LUPNICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

8 H				
12 H	PA	FC	FR	T
18 H	120/70	87	20	37
24 H	140/80	91	20	36,5

Dr Od nashi Okemir
Residência De Ortopedia
Tratamento
Com 1841 RR

18h -> PA: 120x70 IP: 78, 36,5

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

Bloco: D Data: 11/12/18 Enfermeira: MOY Letra: B
 Nome Completo: Bruno Rodrigo Almeida Idade: 11 Sexo: M
 Hipótese diagnóstica: FX Ulnares Fratura + FX Espeto
 Processos: FX Ulnares Fratura + FX Espeto
 Isolamento da Prescrição: Sim Não Pacico Contato Glicemia normal Glicemia - parciais
 Alergia: Sim Não Qual (is): _____ Qual Idioma: _____
 Necessidade de Intubação?: Sim Não Qual Idioma: _____
 Possibilidade de ambulância: Sim Não Res: _____
 Drenagem: Normal Sem drenagem Acamado Cadeira de rodas Fio Comprometida/traço deanta

SISTEMA NEFRÓLOGICO <input checked="" type="checkbox"/> Consciente <input type="checkbox"/> Desorientado <input type="checkbox"/> Sedado <input type="checkbox"/> Torpido <input type="checkbox"/> Comatoso <input type="checkbox"/> Agitado <input type="checkbox"/> Responde a estímulos <input type="checkbox"/> Não reage			SISTEMA CARDIOVASCULAR <input checked="" type="checkbox"/> Normotônico <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico HC: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Normotensa <input type="checkbox"/> Hipotensa <input type="checkbox"/> Hipertensa PA: _____ <input checked="" type="checkbox"/> Pulso Cheio <input type="checkbox"/> Filibante <input type="checkbox"/> Ausente Pulso: _____		
PUPILAS <input checked="" type="checkbox"/> Intereagente <input type="checkbox"/> Mióticas <input type="checkbox"/> Midriáticas <input type="checkbox"/> Isocóricas <input type="checkbox"/> Anisocóricas <input type="checkbox"/> Não reagentes			ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL <input checked="" type="checkbox"/> VO <input type="checkbox"/> SNG/SOE <input type="checkbox"/> SNE/SOE <input type="checkbox"/> GIT <input type="checkbox"/> NPE Apatite da dieta: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Parcial Evacuações: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Costuradas <input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Diarreia <input type="checkbox"/> Constipação <input type="checkbox"/> Melena Flatos: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente		
REGULAÇÃO TÉRMICA <input checked="" type="checkbox"/> Afebril <input type="checkbox"/> Hipotérmico <input type="checkbox"/> Hipertérmico <input type="checkbox"/> Febril <input type="checkbox"/> Febre <input type="checkbox"/> Frio			REGULAÇÃO ABDOMINAL <input checked="" type="checkbox"/> Normotenso <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Glorioso <input type="checkbox"/> Frio <input type="checkbox"/> Ascítico <input type="checkbox"/> Macio <input type="checkbox"/> Tympanico Ruídos Hidroáereos: <input checked="" type="checkbox"/> Presente <input type="checkbox"/> Ausente <input checked="" type="checkbox"/> Escaragolado <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não TD: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não		
CARACTERÍSTICAS DA PELLE <input checked="" type="checkbox"/> Liliçada <input type="checkbox"/> Desidratada <input type="checkbox"/> Ressecada <input checked="" type="checkbox"/> Rorricuada <input type="checkbox"/> Hipocorada <input type="checkbox"/> Papulosa <input checked="" type="checkbox"/> Anictérica <input type="checkbox"/> Ictérica <input type="checkbox"/> Cianótica <input checked="" type="checkbox"/> Apática <input type="checkbox"/> Edema Local Oligúria por pressão: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Região: _____ Curativo realizado: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não TD: <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não			SISTEMA URINÁRIO / DIURSE <input checked="" type="checkbox"/> Espontânea <input type="checkbox"/> SVO <input type="checkbox"/> Múria <input type="checkbox"/> Oligúria <input type="checkbox"/> Polúria <input type="checkbox"/> Disúria <input type="checkbox"/> Calúria <input type="checkbox"/> Hematúria <input type="checkbox"/> Glostomia <input type="checkbox"/> Irrigação contínua <input type="checkbox"/> Urapan		
SISTEMA RESPIRATÓRIO <input checked="" type="checkbox"/> Pupneis <input type="checkbox"/> Bradipneico <input type="checkbox"/> Taquipneico <input type="checkbox"/> Dispneico <input type="checkbox"/> Anóxico <input type="checkbox"/> Traqueostomia Oligoneúria: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Qual: _____			CONTROLE DE CATETRES/SONDAS/ÓRFESOS E PRÓTESES Cateter Peritônico: <input checked="" type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não Local: _____ Data: _____ Trocar em: _____ Cateter Central: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Local: _____ Curativo realizado em: _____ Trocar em: _____ Sinais de Infecção no sítio de punção: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não Sondas: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> SNG <input type="checkbox"/> SNE <input type="checkbox"/> SGL <input type="checkbox"/> GTT <input type="checkbox"/> Lavagem <input type="checkbox"/> Sifonagem Dreno de _____ Aspecto da secreção: _____ Quantidade: _____ Cateter Vesical: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Data da instalação: _____ Trocar em: _____ Prótese: <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não Trocar em: _____		
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM					
<input type="checkbox"/> Degrutação <input type="checkbox"/> Risco de nutrição desequilibrada <input type="checkbox"/> Risco de glicemia instável <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio do volume de líquidos <input type="checkbox"/> Volume de líquidos excessivo <input type="checkbox"/> Volume de líquidos deficiente <input type="checkbox"/> Eliminação urinária prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de constipação <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Inconforto Intestinal <input type="checkbox"/> Padrão de sono prejudicado <input type="checkbox"/> Mobilidade física prejudicada <input type="checkbox"/> Integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de integridade da pele prejudicada <input type="checkbox"/> Cuidado prejudicado			<input type="checkbox"/> Padrão respiratório Ineficaz <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para alimentação <input type="checkbox"/> Déficit no autocuidado para banho/higiene <input type="checkbox"/> Conhecimento deficiente <input type="checkbox"/> Comunicação verbal prejudicada <input type="checkbox"/> Risco de dignidade humana comprometida <input type="checkbox"/> Processos fisiológicos anormais <input checked="" type="checkbox"/> Risco de queda baixo <input type="checkbox"/> Risco de desequilíbrio na temperatura corporal <input type="checkbox"/> Dor aguda <input type="checkbox"/> Dor crônica <input type="checkbox"/> Náusea <input type="checkbox"/> Risco de mancoaspiração <input type="checkbox"/> Risco de infecção <input type="checkbox"/> Ventilação espontânea prejudicada		



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

M
404
3

DATA DE ADMISSÃO	DIH			DN	27/04/1987
PACIENTE	BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA				
DIAGNÓSTICO	FX DIAFISE FEMUR ESQ + FX LXPOSTA TIBIA ESQ				
ALERGIAS	HAS			DM2	
IDADE	31	LEITO	404-3	DATA	12/12/2018
ITEM	PRESCRIÇÃO				HORARIO
1	DIFTA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	LEVONOROXACINA 500MG EV OU 1 CP V.O				
4	FENOXICAM 40 MG EV 3 X DIA S/N				
5	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
6	DIPIRONA 1G EV DE 6/6H S/N				
7	TRAMAL 100MG + SFC 8% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
8	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA OU 1 CP V.O S/N				
11	SSVV + COGS 8/8 H				
12	CURATIVO DIARIO				
13	CLINDAMICINA 600MG EV 8/6HRS OU 2CP (300MG) V.O 6/6HRS				12/12/246
14	CI EXANE 40MG SC 1 X AO DIA				
15	NORIPURUM 1 AMP EV 1 X AO DIA				
16	ACIDO FOLICO 5MG VO 1 X AO DIA				
17	SUI FATO FLOROSO 40MG 2 CP VO 12/12HRS				
18	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 DO GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE > 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA				

EVOLUÇÃO

RECONTRO PACIENTE DEitado NO LLITO, ATIVO, RELATIVO, COMUNICATIVO,
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES
EXAME FÍSICO: BGL, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FURNICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO.
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

Dr Odinezi Okemri
Residência de Especialidade
Traumatologia
CRM 1851-RR

Pac foi transferido p/ Unimed

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

Bloco: D Data: 12/12/18 Enfermeiro: MOY Leito: 3
 Nome Completo: Orlando Rodrigo Almeida de Sousa Sexo: M
 Procedência: _____
 Isolamento ou precaução: () Sim () Não () Padrão () Contato () Gotícula-aérea () Gotícula-perdigotas
 Alergia: () Sim () Não (Qual: NS) Qual idioma: _____
 Necessidade de latim? () Sim () Não Cas: _____
 Postura acompanhante: () Sim () Não () Sim () Não () Fraca () Comprometida/combaixo
 Desmolação: () Normal () Sem desmolação () Amarelo () Cadeia de todos () Fraca () Comprometida/combaixo

SISTEMA NEUROLÓGICO
 () Consciente () Orientado () Desorientado
 () Semido () Torpido () Comatoso
 () Agitado () Resposta estímulos () Não responde

PUPILAS
 () Responsivas () Mioticas () Mioticas
 () Isotéricas () Anisotéricas () Não reagem luz

REGULAÇÃO TÉRMICA
 () Afebril () Hipotérmico () Hipertérmico
 () Febril () Febre () Fiebra
 () Hipotermia

CARACTERÍSTICAS DA PELE
 () Hidratada () Desidratada () Ressecada
 () Normocorada () Hipocorada () Hipercorada
 () Anémica () Ictérica () Cianótica
 () Acrocianótica () Edema local

Úlcera por pressão: () Sim () Não
 Ração: _____
 Curativo realizado: () Sim () Não ROL: NSM () NSC

SISTEMA CARDIOVASCULAR
 () Normotensão () Bradicardia () Taquicardia R: _____
 () Normotensão () Hipotensão () Hipertensão PR: _____
 () Pulso Leve () Arritmia () Arritmia Pulso: _____

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL
 () VO () SNS/SOG () NE/SOE () GT () NPT
 Aceitação da dieta: () Sim () Não () Parcial
 Sinais digestivos: () Presente () Ausente () Costoano
 () Normal () Distúrbio () Constipação () Diarreia
 Flatos: () Presente () Ausente

REGULAÇÃO ABDOMINAL
 () Normotensa () Distendido () Gliscoso () Húido
 () Ascítico () Macio () Timpânico
 Ruidos hidroacústicos: () Presente () Ausente
 Visceromegalia: () Sim () Não FD: () Sim () Não

SISTEMA URINÁRIO / DEFESES
 () Escotáveis () SVU () Anúria () Oligúria
 () Fúria () Disúria () Cólica () Hematúria
 () Cistostomia () Injeção contínua () Urinário

SISTEMA RESPIRATÓRIO
 () Espontâneo () Bradipneia () Taquipneia () Disúria () Arritmia () Traqueostomia
 Oxigenoterapia: () Sim () Não Qual: _____

CONTROLE DE CATÉTERES/SOMBAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES
 Data: _____ Trocar em: _____
 Trocar em: _____
 Cateter Periférico: () Sim () Não Local: _____
 Cateter Central: () Sim () Não Local: _____
 Sinais de infecção no sítio de punção: () Sim () Não Curativo realizado em: _____
 Sonda: () Sim () Não () SNG () SNE () SDC () SII () Sagem () Sifonagem
 Quantidade: _____
 Aspecto da secreção: _____ Trocar em: _____
 Data da insuflação: _____ Local: _____
 Prófese: () Sim () Não Tipo: _____

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

() Degradação
 () Sistema de nutrição desequilibrado
 () Risco de glicemia instável
 () Risco de desequilíbrio do volume de líquidos
 () Volume de líquidos excessivo
 () Volume de líquidos deficiente
 () Eliminação urinária prejudicada
 () Risco de constipação
 () Diarreia
 () Incontinência intestinal
 () Padrão de sono prejudicado
 () Mobilidade física prejudicada
 () Integridade da pele prejudicada
 () Risco de integridade da pele prejudicada
 () Conforto prejudicado

() Padrão respiratório ineficaz
 () Dêbil no autocuidado para alimentação
 () Déficit no autocuidado para higiene
 () Conhecimento deficiente
 () Comunicação verbal prejudicada
 () Risco de dignidade humana comprometida
 () Processos familiares disfuncionais
 () Risco de quedas
 () Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
 () Dor aguda
 () Dor crônica
 () Ansiosa
 () Risco de broncoaspiração
 () Risco de infecção
 () Ventilação espontânea prejudicada

ÁREA DE ENFERMAGEM - 2018
 CONCEITO DE ENFERMAGEM

18 JUL 2019

GENE SEGURADORA S/A
 RUA CARLOS DE FREITAS, 100 - BOM FIM - RJ

4001-3



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

SECRETARIA DE SAÚDE - SUS
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

15 JUL 2019

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR - INSS

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

PACIENTE Evandro Pacheco Moura Da Silva 31 ANOS.

DEU ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 17/07/19 COM

DIAGNÓSTICO DE Fatiga de fratura (P+fratura longa e fechada)

NO DIA 17/07/19 FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE

OPERADO PELO DR. _____ E DR. _____

RECEBE ALTA HOSPITALAR NO DIA 17/07/19 AS 12:00 EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ALGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEdia NO HOSPITAL
CORONEL MOTA NO DIA 17/07/19 AS _____ COM O

DR. _____

* Recomendação para Hospital Ambulatorial Unimed
ORIENTAÇÕES GERAIS: para orientar o paciente e família

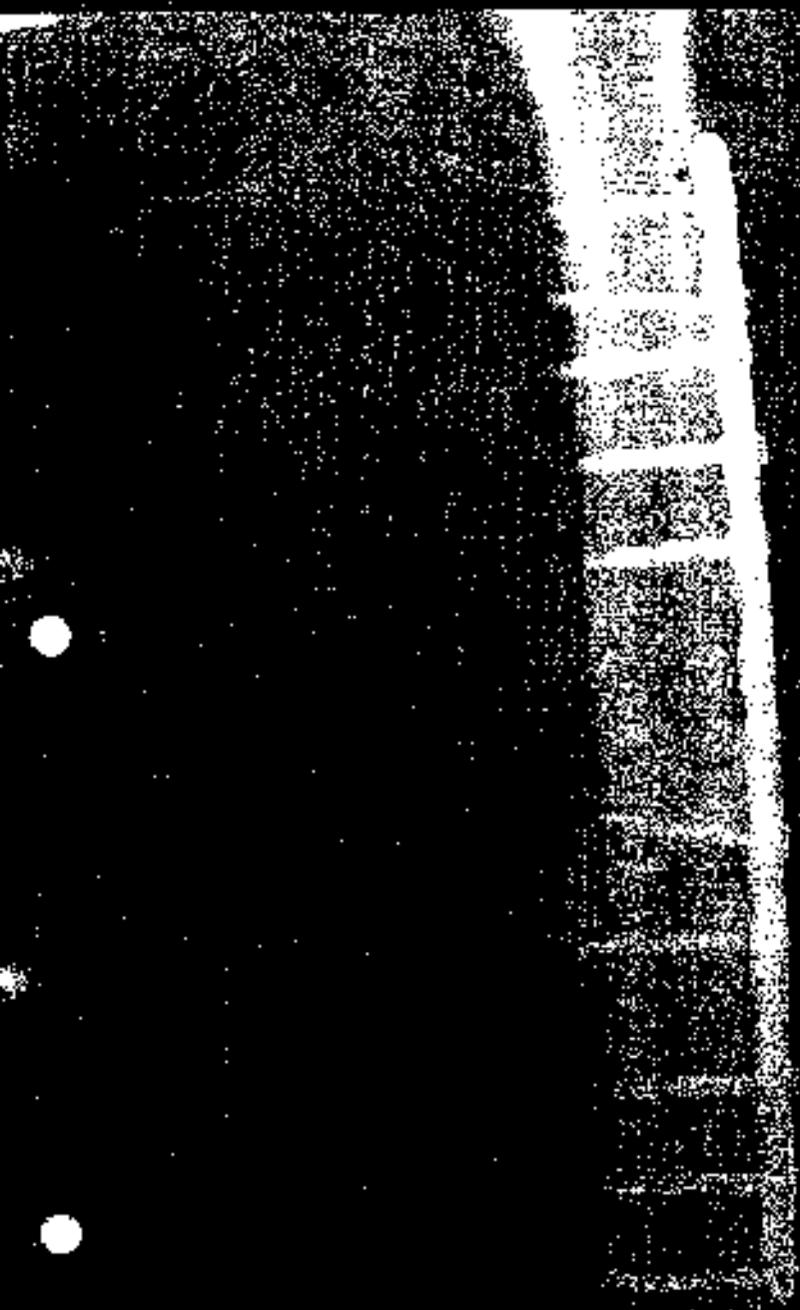
1. NÃO PISAR QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
2. TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
3. NÃO RETIRAR CALÇAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
4. QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
5. NÃO PERDER RE TORNO AMBULATORIAL.
6. AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR NO COMITÊ DE DE
ANTECEDÊNCIA, LEVAR DE ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

PACIENTE RECEBE ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

Dr. Odinachi Oliveira
Médico Especialista
Ortopedia e Traumatologia
CRM 13600

EM VISTA 17/07/19

MÉDICO



HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

JUNO ROBRIGO

SECRETARIA DE SAÚDE

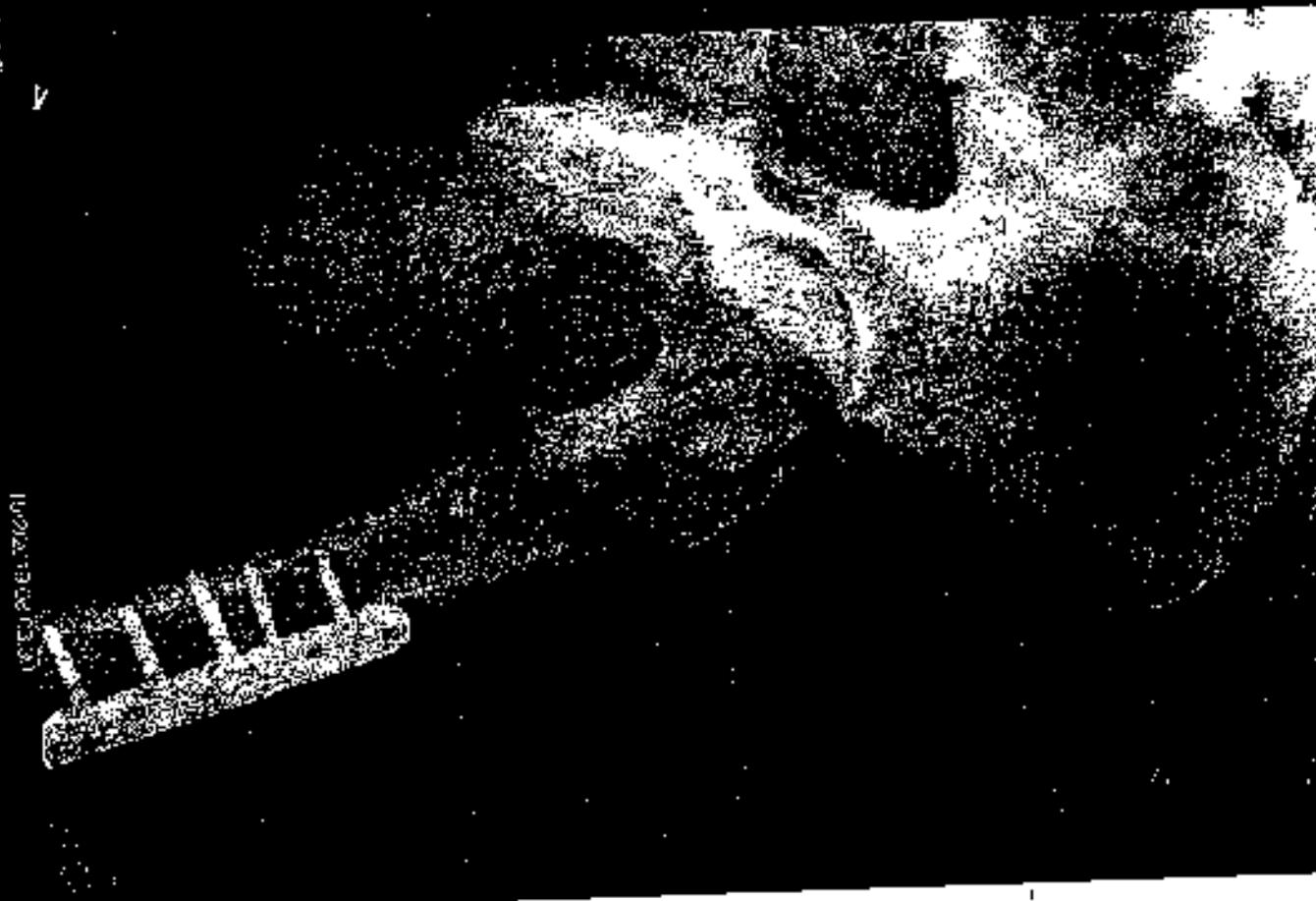
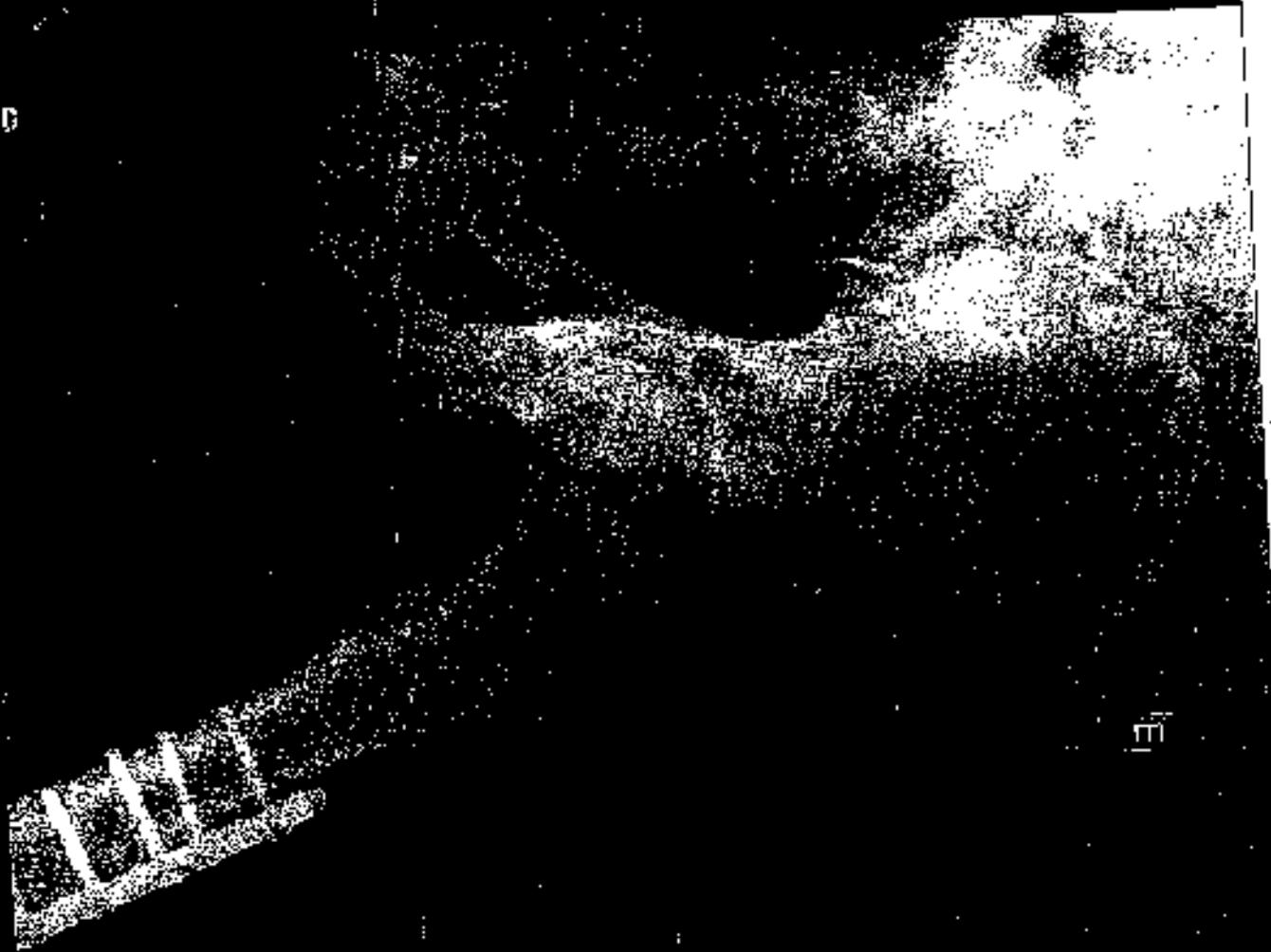
2014

ANEXO 1

TR. QUENDSON

76

(E)



2

BRUNO RODRIGO

SECRETADO GERAL

4.1.58

SECRETADO GERAL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BRASIL

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BRUNO RODRIGO ALMEIDA

28/12/2016 11:00:37

18.07.2013

17:30

28/12/2016 11:00:37

17:30

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

BRUNO RODRIGO ALMEIDA

H. OLIVEIRA

400 5

12/10/2019 12:18:23

400 5

12/10/2019 12:18:23

E

□

E

15:20:15 to 18:25

03:58

10:22:15 to 18:25

BRUNO RODRIGO ALMEIDA

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

TRUQUIMSON

13

1972 12 15 13:30

408 8

14

1972 12 15 13:30

407 8

BRUNO RODRIGO ALMEIDA

TR. CULT. SOC. 20

534994



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020631/2019

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 11/07/2019 10:36 Data/Hora Fim: 11/07/2019 10:49
 Origem: Pessoa Física - Particular Data: 11/07/2019
 Delegado de Polícia: Alexsander Lopes da Silva

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Delegacia de Acidentes de Trânsito
 Data/Hora do Fato: 17/11/2018 13:00

Local do Fato

Município: Boa Vista (RR) Bairro: União
 Logradouro: Av: Carlos Pereira de Melo

Tipo do Local: Via Pública

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

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: BRUNO RODRIGO ALMEIDA DA SILVA (VÍTIMA, COMUNICANTE)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade: PA - Altamira Sexo: Masculino Nasc: 22/04/1987
 Profissão: Mecânico Estado Civil: Solteiro(a)

Nome da Mãe: Maria Eliete da Silva Almeida Nome do Pai: Carmozino Ribeiro de Silva Filho

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 5635368

Endereço

Município: Boa Vista - RR
 Logradouro: Av: Jardim
 Complemento: bloco 14, AP 203
 Bairro: cidade satélite

Nome Civil: DESCONHECIDO 1 (ENVOLVIDO)

Nacionalidade: Brasileira

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Nenhum Objeto Informado

RELATO/HISTÓRICO

O comunicante vem à este DP para informar que é habilitado (porém, não apresentou no momento do registro), e que na data, hora e local acima informado, conduzia a motocicleta Honda CG Titan EX, ano/modelo 2016/2017, de cor preta, placa NAO-5922, CHASSI 9C2KC2210HR010407, Renavam 01109683275, a qual se encontra em nome de Carlos A. da Silva Pereira, momento em que colidiu na traseira de uma Chevrolet S-10, de cor prata, não sabendo informar a placa do veículo ou nome do condutor da mesma. Que devido a gravidade do acidente e lesões sofridas no mesmo, foi 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.



Delegado de Polícia Civil: Alexsander Lopes da Silva
 Impresso por: Daniel Baraúna Magalhães
 Data de Impressão: 11/07/2019 10:52
 Protocolo nº: Não disponível



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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 020631/2019

ASSINATURAS

Daniel Baraúna Magalhães
Agente de Polícia
Matrícula 042000925
Responsável pelo Atendimento

Bruno Rodrigo Almeida da Silva
(Vítima / Comunicante)

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

DAT
11 JUL 2019
AGENTE DE POLÍCIA
CONFERIDOR

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO
16 JUL 2019
GENTE SEGURADORA S/A
Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR





FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 2194



UNIDADE: _____

EQUIPE: Abma eubiao / usual

Paciente: Bruno Rodrigo Almeida da Silva Idade: 31 Sexo: M
 Nacionalidade: brasileiro Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena []
 Endereço: rua Pedro de Melo Bairro: União

Nº 21423 DATA 17/11/18Médico (a) Regulador(a) Dr(a) CRM: SUROHORA J/9: 13:08BASE VIA () RÁDIOHORA J/10: 13:18

() CELULAR

 SOCORRO [] TRANSPORTE [] ATENDIDO NO LOCAL [] OUTRO _____INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora () / 1 a 3 horas () / 4 a 24 horas () / Mais de 24 horas () / Não sabe ()

AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Capotamento <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Colisão AUTO x _____ <input type="checkbox"/> Motorista <input type="checkbox"/> Passageiro Banco dianteiro <input type="checkbox"/> Passageiro Banco traseiro	AUTOMÓVEL <input type="checkbox"/> Uso do cinto <input type="checkbox"/> Vítila projetada <input type="checkbox"/> Vítila encarcerada <input type="checkbox"/> Air Bag Acionado MOTOCICLETA / BICICLETA <input checked="" type="checkbox"/> Colisão MOTO x <u>carro</u> <input type="checkbox"/> Queda de moto <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> Queda de Bicicleta <input type="checkbox"/> Piloto <input type="checkbox"/> Com capacete <input type="checkbox"/> Sem capacete <input type="checkbox"/> Grupo	VIOLÊNCIA <input type="checkbox"/> FAB <input type="checkbox"/> FAF <input type="checkbox"/> Espancimento <input type="checkbox"/> Violência Doméstica <input type="checkbox"/> Violência Sexual <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio <input type="checkbox"/> Outro: _____	OUTROS <input type="checkbox"/> Ac. De Trabalho [] Local [] Trajeto <input type="checkbox"/> Queda, Altura aprox.: _____ <input type="checkbox"/> Acidente Doméstico <input type="checkbox"/> Queimadura Agente _____ <input type="checkbox"/> Afogamento <input type="checkbox"/> Agressão p/ animal <input type="checkbox"/> Outros: _____
PEDESTRE <input type="checkbox"/> Atropelamento <input type="checkbox"/> VIA [] CALÇADA			

VIAS AÉREAS <input checked="" type="checkbox"/> Livre <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial <input type="checkbox"/> Obstrução Total <input type="checkbox"/> Corpo estranho <input type="checkbox"/> Edema de Glote <input type="checkbox"/> Outro: _____	VENTILAÇÃO <input type="checkbox"/> Apnéia <input type="checkbox"/> Dispnéia <input type="checkbox"/> Bradpnéia <input type="checkbox"/> Taquipnéia <input type="checkbox"/> Roncos <input type="checkbox"/> Sibilos <input type="checkbox"/> Respiração paradoxal <u>SIA</u>	CIRCULAÇÃO <input type="checkbox"/> Bradicárdico <input type="checkbox"/> Taquicárdico <input type="checkbox"/> Arritmico <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" <input type="checkbox"/> Ausente <input type="checkbox"/> Cianose central <input type="checkbox"/> Cianose de extremidade <u>SIA</u>	AVAL. NEUROLÓGICA <input checked="" type="checkbox"/> AVDN <input type="checkbox"/> Miiose <input type="checkbox"/> Midríase <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado <input type="checkbox"/> DNV
--	--	---	---

Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O ₂ %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	APAGAR
Início	<u>13:45 140x90</u>	<u>79</u>	<u>20</u>	<u>97</u>			<u>8</u>	
Fim	<u>14:00 140x88</u>	<u>76</u>	<u>20</u>	<u>99</u>			<u>8</u>	

Pele <input checked="" type="checkbox"/> Corada <input type="checkbox"/> Quente <input type="checkbox"/> Pálida <input type="checkbox"/> Fria <input type="checkbox"/> Úmida <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Cianóticas	Cabeça <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriação <input type="checkbox"/> Laceração <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Afundamento <input type="checkbox"/> Fer. penetrante	Face <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Ferimento ocular <input type="checkbox"/> Luxação <input type="checkbox"/> Mandíbula	Pescoco <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Desvio da traquéia <input type="checkbox"/> Enfisema sub-cutâneo	Tórax <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Tórax instável <input type="checkbox"/> Tampornamento <input type="checkbox"/> Ferida Aspirativa <input type="checkbox"/> Empelamento	Abdome <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Distendido <input type="checkbox"/> Em tábua <input type="checkbox"/> Doloroso <input type="checkbox"/> Evisceração
--	--	--	--	--	---

Pelve <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Instabilidade	Coluna Dorsal <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Hematoma <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Escoriações	MMSS <input type="checkbox"/> Contusão <input checked="" type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input type="checkbox"/> Lacerações <input type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	MMII <u>E</u> <input type="checkbox"/> Contusão <input type="checkbox"/> Escoriações <input type="checkbox"/> Luxações <input checked="" type="checkbox"/> Lacerações <input checked="" type="checkbox"/> Fratura <input type="checkbox"/> Amputação	QUEIMADURAS																																												
				<table border="1"> <thead> <tr> <th></th> <th>CABEÇA</th> <th>PESCOÇO</th> <th>TORAX ANTERIOR</th> <th>TORAX POSTERIOR</th> <th>OSTEALTA</th> <th>MBD</th> <th>MSE</th> <th>MID</th> <th>MIE</th> <th>TOTAL %</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>1°</td> <td></td> </tr> <tr> <td>2°</td> <td></td> </tr> <tr> <td>3°</td> <td></td> </tr> </tbody> </table>		CABEÇA	PESCOÇO	TORAX ANTERIOR	TORAX POSTERIOR	OSTEALTA	MBD	MSE	MID	MIE	TOTAL %	1°											2°											3°										
	CABEÇA	PESCOÇO	TORAX ANTERIOR	TORAX POSTERIOR	OSTEALTA	MBD	MSE	MID	MIE	TOTAL %																																						
1°																																																
2°																																																
3°																																																

AVALIAÇÃO CARDIACA <input checked="" type="checkbox"/> Ritmo Sinusal <input type="checkbox"/> Taquicardia <input type="checkbox"/> Bradicardia <input type="checkbox"/> Filuter	AVALIAÇÃO RESPIRATORIA <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial <input type="checkbox"/> Fibrilação ventricular <input type="checkbox"/> Assistolia	AVALIAÇÃO NEUROLÓGICA <input type="checkbox"/> Respiratória <input type="checkbox"/> Neurológica <input type="checkbox"/> Psiquiátrica <input type="checkbox"/> Metabólica <input type="checkbox"/> Cardiovascular <input type="checkbox"/> Aborto	AVALIAÇÃO DIGESTIVA <input type="checkbox"/> Digestive <input type="checkbox"/> Infecções <input type="checkbox"/> Obstétrica <input type="checkbox"/> Outros	AVALIAÇÃO DIABÉTICA <input type="checkbox"/> Diabetes <input type="checkbox"/> Cardiopatia <input type="checkbox"/> HAS <input type="checkbox"/> Medic. em uso	AVALIAÇÃO ALÉRGICA <input type="checkbox"/> Alergias <u>neça</u> <input type="checkbox"/> Outros
--	---	---	--	---	---

LESÃO: [] ILESO [] PEQUENA [] MÉDIA [] GRAVE [] LESÕES INCOMPATÍVEIS COM A VIDA

Assinatura e Carimbo Médico (Unidade de Destino)

Dr. Fernando Antônio Mendes Pereira
 Cirurgião Oncológico de Cabeça e Pescoço
 CRM-RR: 1843

INDICANTE <input type="checkbox"/> Cancelamento <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local <input type="checkbox"/> Recusa de hospitalização <input type="checkbox"/> Trote <input type="checkbox"/> Bombeiro no local:	ÁREA DE SINISTROS - DPVAT <input type="checkbox"/> NÃO VERIFICADO	MÚLTIPLOS MEIOS ACIONADOS <input type="checkbox"/> Polícia Militar <input type="checkbox"/> Guarda Municipal <input type="checkbox"/> SMTRAN <input type="checkbox"/> Bombeiro <input type="checkbox"/> Outros:	SAMU 192-BV CONFERE COM ORIGINAL <u>Em 28/12/18</u> <u>Stephanie</u> <u>RUBIN</u>
INFORMANTE <input type="checkbox"/> Iniciada as: _____ <input type="checkbox"/> RCP com sucesso <input type="checkbox"/> RCP sem sucesso <input type="checkbox"/> Obs.: _____	Termino as: <u>16 JUL 2019</u>	OBSERVAÇÕES	

DESTINO <input checked="" type="checkbox"/> Atendido no local <input type="checkbox"/> Trauma HGR <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento <input type="checkbox"/> Coronel Mota	GENTE SEGURADORA S/A Av. Capitão João Bezerra, 484 - Boa Vista - RR	<input type="checkbox"/> Pol. Cosme e Silva - PCCS <input type="checkbox"/> Hosp. Santo Antônio - HCSA <input type="checkbox"/> HMINSN	<input type="checkbox"/> Hosp. Das Clínicas/RR - HCR <input type="checkbox"/> Hosp. Lotte Iris - HLI <input type="checkbox"/> Outros
--	---	--	--

Descrição:

Nome do Receptor: _____

Função do Receptor: _____

Assinatura do Receptor: _____

Declaro para os devidos fins que este paciente não possui nenhum medicamento disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 02: _____ RG: _____

IG p/ semana: _____

Perda de líquido: _____

Com cartão Sem cartão

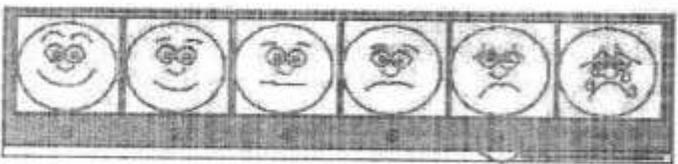
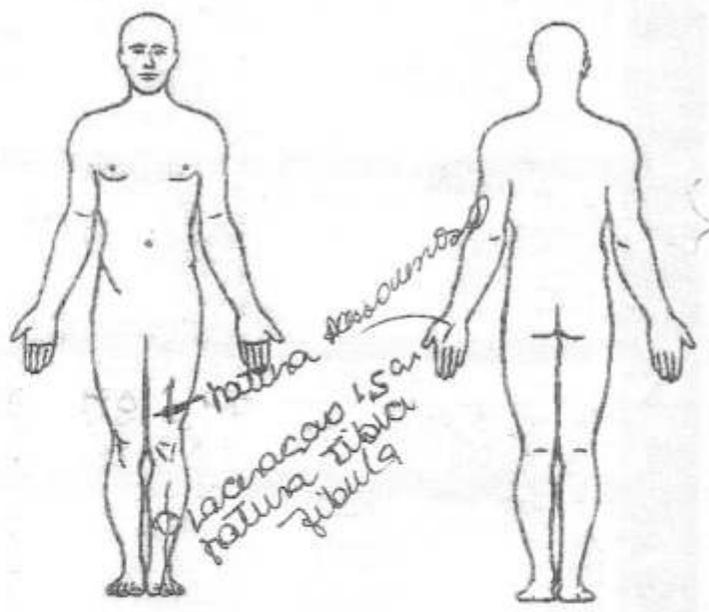
GESTANTE: _____

GENTE SEGURADORA S/A: _____

MATERIAL E MEDICAÇÃO

1 RL 500 ml
1 Espunho, 01 Dilatador 4cm
3 Atadura 30cm, 02 Prob. Duplura
01 Pote 18

Abertura Ocular	Classificação	Pontos
Olhos abertos prontamente à estimulação	Exponência	4
Abertura ocular em tipo de lacrí normal ou em voz alta	Ab. Sem	3
Abertura ocular após em estimulação da extremidade dos olhos	A. Forçada	2
Ausência persistente de abertura ocular, sem fatores de interferência	Ausente	1
Olhos fechados devido a fator local	Não Testável	NT
Resposta Visual		Pontos
Resposta adequada imediatamente ao nome, local e objeto	Diferenciada	5
Resposta não orientada mas comunicação coerente	Confusa	4
Palavras isoladas inteligíveis	Parciais	3
Aperçu gemidos	Sons	2
Ausência de resposta audível, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que interfere com a comunicação	Não Testável	NT
Resposta motora		Pontos
Cumprimento de ordens com 2 ações	A ordem	5
Elevação da mão acima do nível da clavícula ao estímulo de cabeça ou pescoço	Localização	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominantemente não anormal	Flexão normal	4
Flexão rápida do membro superior ao nível do cotovelo, padrão predominantemente claramente anormal	Flexão anormal	3
Extensão do membro superior ao nível do cotovelo	Extensão	2
Ausência de movimentos dos membros superiores/inferiores, sem fatores de interferência	Ausente	1
Fator que limita resposta motora	Não Testável	NT



EVOLUÇÃO DO PACIENTE

03/13A Tomar atenção para a ocorrência de edema no membro superior, no local de fato ocorreu, paciente encaminhado ao posto em decúbito dorsal, realizado fixação de trauma, colar cervical, prancha rígida, imobilização elástica em membro atingido, acesso venoso calibroso no braço esquerdo, adm. medicamentos conforme telemedicina nota, SSUV estáveis e conforme orientações do médico responsável paciente encaminhado ao trauma HGR.

BESOURA

SAMU 192 BV
COMPART. 100
CR. 30001
Em 28/12/18
Stephanie

Dr. Sérgio Magalhães Pereira
Téc. de Emergência Instrumentação Cirúrgica
COREN-PR. 18357-1/EC

CAERRua Melvin Jones, 219 - CEP: 69.306-610
FONE GERAL: 2121-2200

0800 280 9520

MÊS/ANO: 06/2019

VENCIMENTO: 15/07/2019

MATRÍCULA: 00099358.1

RAIMUNDO NONATO SILVA

RUA 05, NUM, 00121

CIDADE SATELITE

BOA VISTA RR 69317-471

INSCRIÇÃO: 001.031.031.0130.000

ROTA: 05.1970

CATEGORIA RESIDENCIAL	ECONOMIAS 1	HIDRÔMETRO A10F198348	VOL FATURADO 10	DESCRIÇÃO REAL	Nº DA CONTA 15318863
DT. LEITURA ANT. 07/05/2019	DT. LEITURA ATUAL 06/06/2019	DIAS DE CONSUMO 30	LEITURA ANT. 1839	LEITURA ATUAL 1839	MÉDIA 0
MÊS/ANO 05/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 04/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 03/2019	CONS. 0
MÊS/ANO 02/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 01/2019	CONS. 0	MÊS/ANO 12/2018	CONS. 0

DESCRIÇÃO	CONSUMO POR FAIXA	VALORES (R\$)
AGUA	0 M3	23,83
ESGOTO 80,00 % DO VALOR DA AGUA		19,06
MULTA F/IMPONTUALIDADE 04/2019		0,85

O NÃO PAGAMENTO ATÉ A ÚLTIMA DATA DE VENCIMENTO IMPLICARÁ EM MULTA E
SUSPENSÃO DO FORNECIMENTO DE ÁGUA.

TOTAL A PAGAR

43,74

ÁREA DE SINISTROS - DPVAT
CONTEÚDO NÃO VERIFICADO

16 JUL 2019

GENTE SEGURADORA S/A

Av. Capelinho João Bezerra, 444 - Boa Vista - RJ

PRAZO PARA RECLAMAÇÕES SOBRE ESTA CONTA: ATÉ 15 DIAS APÓS O VENCIMENTO

Qualidade da Água Distribuída ao Consumidor

Informações das Amostras Realizadas na Rede de Distribuição

DECRETO FEDERAL Nº 5440/2005 G.M

Amostras	Cloro	Turbidez	Cor	C. Totais	E. Coli
Exigidas	-	-	-	-	-
Analisadas	-	-	-	-	-
Em Conformidade	-	-	-	-	-

Químico Industrial Responsável: MARIA DA CONCEIÇÃO CARVALHO NOCHA - CRQ 10201809 - 14ª Região

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

AUTENTICAÇÃO MECÂNICA

INSCRIÇÃO	MÊS/ANO	GRUPO	TOTAL A PAGAR	ROTA
001.031.031.0130.000	06/2019	17	43,74	05.1970

82660000000-2 43740004001-4 00099358101-6 06201950003-2



