



Paulo Sérgio de Souza  
Advocacia & consultoria

Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317 B

**EXCELENTE SENHOR DOUTOR JUIZ DE DIREITO DA \_\_ VARA CIVEL DA COMARCA DE BOA VISTA/RR**

**JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA**, brasileiro, solteiro, autônomo, portador da cédula de identidade RG Nº 356322-7 SSP/RR, inscrito no CPF sob nº 944.205.801-00, residente e domiciliado na AV: Jardim, nº 403, Bairro: Cidade Satélite, Cidade: Boa Vista/RR, Telefone: 99122-2322, e-mail: paulosouzavcm@hotmail.com, neste ato representada por seu advogado e procurador que esta subscreve, conforme procuração anexada à presente, com escritório profissional situado na Rua General Penha Brasil, nº 102, Centro – Boa Vista e Rua Ulisses Guimarães nº 436 Rorainópolis, onde recebe notificações que o caso requer, vêm, **respeitosamente**, à presença de Vossa Excelência, propor a presente,

**AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO DPVAT**

Em face da **SEGURADORA LÍDER DOS CONSÓRCIOS DPVAT S/A**, pessoa jurídica de direito privado, CNPJ 09.248.608/0001-04, com endereço na Rua Senador Dantas, 74, 5º andar, Centro, Rio de Janeiro/RJ, CEP 20031-205, e-mail: Desconhecido, face aos seguintes fatos e fundamentos jurídicos adiante expostos.

**DA JUSTIÇA GRATUITA**

O Autor preenche os requisitos legais para a obtenção dos benefícios da Justiça Gratuita, nos termos das Leis nº 5.584/70 e 1.060/50, com a redação que lhe deu a Lei nº 7. 510/86, requerendo, portanto, sejam-lhe concedidos os aludidos benefícios, tendo em vista tratar-se de pessoa pobre,

**1. DOS FATOS**

O demandante, no dia **03 de agosto de 2019, por volta das 12:05h**, foi vítima de acidente de trânsito ocorrido na localidade **da Rua: Dom Jose Nepote no município de Boa Vista-RR**, evento este que lhe causou deformidade de caráter permanente suportada até os dias atuais.

Do acidente resultou: "**Descrição: trauma em tornozelo D**" conforme laudo médico (doc. anexo).

Deste modo, o vindicante, ciente dos seus direitos ao seguro obrigatório (DPVAT), promoveu, por meio de solicitação administrativa, o pagamento da apólice a título de validez, como bem reconheceu a seguradora ao lidar provimento a indenização DPVAT, depositando-lhe a quantia de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), em 25/11/2019.

São os fatos de forma suscinta.

**2. DO DIREITO**

A lei que rege o seguro DPVAT é a Lei nº 6194/74 com as posteriores modificações implementadas pelas Leis nº 8441/92, nº 11.482/07 e nº 11.945/09.



A Lei nº 6.194/74, reguladora do Seguro DPVAT, após a reforma imposta pela Lei 11.482/07, limitou o quantum indenizatório referente aos danos cobertos pelo seguro em caso de morte no valor de 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), no caso de invalidez permanente em até o valor de 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) e de até R\$2.700,00 (dois mil e setecentos reais) no caso de despesas de assistência médica e suplementar.

A citada legislação pertinente à matéria trouxe uma tabela proporcional de percentual de perda/debilidade de membros, órgãos e funções do corpo humano, classificando-os em 10%, 25%, 50%, 75% e 100%.

Acontece que o laudo de avaliação médica acostado traz a natureza das lesões sem, contudo, tratar da extensão das lesões conforme preceitua a tabela citada.

Também, a seguradora pagadora do sinistro não apresentou, no momento do pagamento do seguro, quais seriam as extensões das lesões sofridas dentro da referida tabela, limitando-se a fazer um depósito em conta corrente da requerente sem esclarecer a extensão dos danos sofridos dentro da tabela.

É de se destacar, por imperioso, que o recibo de quitação administrativamente recebido pela requerente foi lavrado em termos genéricos. Dessa forma, não se pode aferir quais lesões e suas devidas extensões foram pagas administrativamente, sendo imprescindível o acionamento judicial para a exata verificação das extensões sofridas via perícia complementar.

O STJ se pronunciou a respeito:

**O recibo dado pelo beneficiário do seguro em relação à indenização paga a menor não o inibe de reivindicar, em juízo, a diferença em relação ao montante que lhe cabe de conformidade com a lei que rege a espécie.** (REsp 296675 /SP. RECURSO ESPECIAL 2000/0142166-2. Relator Ministro ALDIR PASSARINHO JUNIOR. Quarta Turma. Data do Julgamento 20/08/2002. Pub. DJ 23.09.2002, p. 367).

### **3. DA INVERSÃO DO ÔNUS DA PERÍCIA**

Embora, via de regra, seja a produção de prova pericial a cargo do requerente, (CPC, I, art. 333), no presente caso necessário se faz o decreto de inversão do ônus da prova nos termos do artigo 6º, VIII do CDC, para fins de aferição do grau (percentual) da lesão incapacitante, vejamos:

**"Art. 6º - São direitos básicos do consumidor:**

(...)

**VIII - a facilitação da defesa de seus direitos, inclusive com a inversão do ônus da prova, a seu favor, no processo civil, quando, a critério do juiz, for verossímil a alegação ou quando for ele hipossuficiente, segundo as regras ordinárias de experiências."**

Cite-se nesse sentido os seguintes julgados:



TJMS-056999) AGRAVO DE INSTRUMENTO - AÇÃO DE COBRANÇA DE SEGURO OBRIGATÓRIO (DPVAT) - INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA - APLICAÇÃO DO CDC - FIXAÇÃO DOS HONORÁRIOS DE PERITO - QUANTUM - ARBITRAMENTO - REDUÇÃO - RAZOABILIDADE E PROPORCIONALIDADE - RECURSO PARCIALMENTE PROVIDO.

Tratando-se da relação de consumo, o artigo 6º, VIII, do CDC prevê a possibilidade de inversão do ônus da prova, ante a hipossuficiência do consumidor nas relações de consumo, ou até mesmo, ante a verossimilhança de suas alegações. Os honorários periciais devem ser fixados, proporcionalmente, e em atenção ao princípio da razoabilidade, observando-se os quesitos a ser respondidos e considerando, precípua mente, o local da prestação do serviço, a natureza, a complexidade da perícia, o tempo despendido pelo perito no trabalho realizado, e o grau de zelo profissional. (Agravo nº 2011.023779-7/0000-00, 4ª Turma Cível do TJMS, Rel. Josué de Oliveira. unânime, DJ 23.09.2011).

TJSP-141845) AGRAVO DE INSTRUMENTO - SEGURO DE VEÍCULO (DPVAT) - INDENIZAÇÃO - INVERSÃO DO ÔNUS DA PROVA - PROVA PERICIAL - HONORÁRIOS PERICIAIS A SEREM SUPORTADOS PELA RÉ. (GN)

"A inversão do ônus da prova significa também transferir ao réu o ônus de antecipar as despesas da perícia tida por imprescindível ao julgamento da causa." Agravo de Instrumento. Seguro de veículo (DPVAT).

### 3. DO VALOR DEVIDO

A lei nº 6.197/74, com sua redação dada pela lei 11.482, de 31 de maio de 2007, impõe novos valores. Agora, destarte, as indenizações do seguro DPVAT estão atreladas aos valores estabelecidos pelo art. 8º da lei 11.482/07, que alterou o art. 3º da lei 6.194/74, fixando novo valor para indenização, por invalidez permanente, verbis:

**"Art. 3º - Os danos pessoais cobertos pelo Seguro estabelecidos no artigo 2º compreendem as indenizações por morte, invalidez permanente e despesas de assistência médica e suplementares, nos valores que se seguem, por pessoa vitimada:**

**II- até R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais) – no caso de invalidez permanente;**

Esse é o entendimento do tribunal de Santa Catarina, vejamos;

AGRAVO DE INSTRUMENTO COMPLEMENTAÇÃO DE SEGURO DPVT. PROVA PERICIAL. APURAÇÃO DO GRAU DE INVALIDEZ. DESNECESSIDADE. PAGAMENTO DE PARTE DO VALOR DEVIDO. A TITULO DE SEGURO DPVAT PELA



SEGURADORA. RECONHECIMENTO IMPLICITO DA INVALIDEZ PERMANENTE DA VITIMA. RECURSO PROVIDO. (TJSC Agravo de instrumento: AI 743444 SC 2009.074344-4; Relator (a): Nelson Schaefer Martins; julgamento: 20/04/2010; Órgão Julgador: Segunda Câmara de Direito Civil; publicação Agravo de Instrumento n. 2009.074344-4)

A legislação é clara no valor que deve ser pago no caso de invalidez permanente, de vítimas de acidente de trânsito, ou seja, R\$ 13.500,00 (treze mil e quinhentos reais), e não apenas o valor de R\$ 2.362,50 (dois mil trezentos e sessenta e dois reais e cinquenta centavos), que demonstra flagrante equivocada "voluntariamente ou não", a quitação realizada pela Requerida, e o consequente pagamento parcial.

Sendo assim, vislumbra-se, pois, o bastante fundamento do presente pleito de cobrança, devendo ser condenada a Ré a pagar ao Autor a diferença entre o indenizado e o devido, que corresponde a R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos), acrescentando-se ainda 1% (um por cento) ao mês e correção monetária com base no IPCA-E, adotado pela eg. TJRR, ambos desde o dia em que houve o pagamento enganoso até o dia do efetivo cumprimento da obrigação.

#### 4. DOS PEDIDOS

Ante o exposto, requer a Vossa Excelência:

- a)** Seja decretada a gratuidade judiciária eis que o Requerente é pobre na forma da Lei nº 1.060/50, não podendo arcar com custas e despesas processuais sem prejuízo do seu próprio sustento nem da sua família<sup>1</sup>, conforme declaração em anexo.
  - b)** Seja decretada a inversão do ônus da prova, inclusive, quando ao pagamento de eventuais honorários periciais, eis que é verossímil a alegação fática do requerente e é pobre nos termos da lei (Art. 6º, inc. VIII do CDC);
- Protesta provar o alegado por todos os gêneros probatórios permitidos em direito, notadamente depoimento pessoal das partes, inquirição de testemunhas, juntada posterior novos documentos, se necessário for, perícia, todas desde logo e requeridas
- c)** A total **PROCEDÊNCIA** do pleito autorral, para condenar a requerida a pagar indenização R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos), incidindo juros de 1% (um por cento) ao mês e correção monetária com base no IPCA-E, adotado pelo E. TJRR, incidentes desde o ilícito praticado até o efetivo cumprimento da obrigação.
  - d)** A condenação da demandada nos honorários advocatícios, não inferior a 20% do valor da condenação, e nas custas judiciais, em caso de recurso;
  - e)** Desde já a Requerente, com fulcro no artigo 310, VII, do CPC/2015, manifesta-se ao interesse de não haver audiência de conciliação, haja vista a Requerida Seguradora Líder não realiza acordo antes

<sup>1</sup> Consoante art. 4º *caput* e § 1º da Lei 1.060/50, "a parte gozará dos benefícios da assistência judiciária, mediante simples afirmação, na própria petição inicial, de que não está em condições de pagar as custas do processo e os honorários de advogado, sem prejuízo próprio ou de sua família", até prova em contrário. Assim entende a jurisprudência, uníssona (STF e STJ).



Paulo Sérgio de Souza  
Advocacia & consultoria

*Dr. Paulo Sérgio de Souza*  
OAB/RR 317 B

do laudo da perícia medica, sendo assim reitera pela dispensa da audiência de conciliação, ou que esta seja designada somente após a realização da perícia medica.

Dá à causa o valor de R\$ 11.137,50 (onze mil cento e trinta e sete reais e cinquenta centavos), para efeitos fiscais.

Nestes termos, pede deferimento.

Boa Vista, 20 de dezembro de 2019.

**Paulo Sergio de Souza**

**OAB/RR 317B**





Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR.317B  
Dr. Jofon Emerson de Souza Camilo  
OAB/RR.1376

Paulo Sérgio de Souza  
Advocacia & Consultoria

Dra. Paula Rafaela Paulia de Souza  
OAB/RR.340B

#### PROCURAÇÃO AD JUDICIA

OUTORGANTE José Garcia Alves de Souza, brasileiro(a),  
estado civil: Solteiro, Profissão: Advogado, portador(a) da Cédula de Identidade CIRG 356322-1 SSP/TO  
e inscrito(a) no CPF/MF nº 944.205.801-00, residente e domiciliado  
(a) na Rua Jardim 667 B-18 APACIA AP1, nº 403,  
Bairro: Cidade São Bento, no  
município Boa Vista/RR, telefone: 991222322, no  
assinado, com escritório profissional na Rua Gal Penha Brasil 102 Centro - Boa  
Vista - Roraima, por este instrumento particular nomeia e constitui seus  
procuradores.

OUTORGADOS: SOUZA & SOUZA ADVOGADOS ASSOCIADOS, sociedade civil, inscrita  
na Ordem dos Advogados do Brasil sob o nº 66 com escritório profissional  
situado na Rua General Penha Brasil 102, Bairro Centro, Boa Vista-RR,  
representada por seu sócio administrador Dr. PAULO SERGIO DE SOUZA,  
brasileiro, separado judicialmente, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.  
317B, Dra. PAULA RAFFAELA PALHA DE SOUZA, brasileira, solteira,  
advogada, inscrita na OAB/RR sob o nº. 340B e Dr. JOHON EMERSON DE  
SOUZA CAMILO, brasileiro, solteiro, advogado, inscrito na OAB/RR sob o nº.  
1.376, a quem confere amplos poderes:

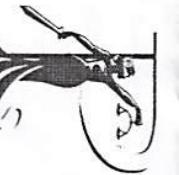
PODERES ESPECIAIS: para representá-lo no processo em Fórum em Geral com a  
cláusula *ad judicia et extra*, ou ação que seja autor ou réu, assistente ou  
opONENTE, ou por qualquer modo interessado, podendo para isso, requerer e  
promover judicial ou extrajudicialmente, em qualquer causa, conforme  
estabelecido no artigo 105 do CPC/2015, bem como propor ações, produzir  
provas e seguir qualquer recurso legal, e os especiais para firmar  
compromissos, substabelecer, renunciar, receber intimações, desistir, recorrer,  
apelar, transigir, discordar, dar de suspeito a quem lhe convier, retirar e  
receber alvarás junto a secretaria do fórum, retirar e receber guias de retirada,  
receber valores e dar quitação, receber bens penhorados ou em adjudicação,  
enfim, tratar de seus interesses, bem como praticar todos os atos necessários  
para o fiel e bom cumprimento do presente mandato, dando tudo por bom,  
firme e valioso em especial para propor Ação de Cobrança do Seguro  
Obrigatório DPVAT.

\_\_\_\_/RR \_\_\_\_, de \_\_\_\_ de 20 \_\_\_\_.

José Garcia Alves de Souza

Outorgante

CPF/MF nº



Dr. Paulo Sérgio de Souza  
OAB/RR 317B  
Dr. Júlio Emerson de Souza Camilo  
OAB/RR 1376

Dra. Paula Rafaela Puffa de Souza  
OAB/RR 340B

## DECLARAÇÃO DE HIPOSSUFICIÊNCIA

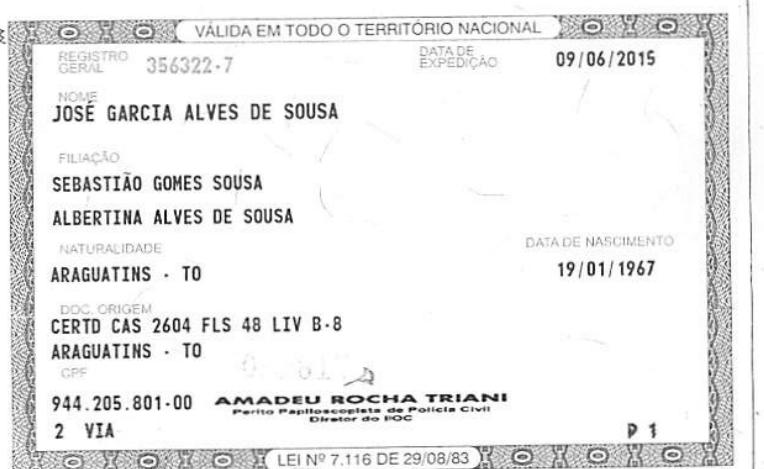
**EU:** Jose Garcia Alves de souza  
estado civil Solteiro, RG no 356322-1, e CPF  
no 944.205.805-00, residente e domiciliado (a) na  
AV. Jardim 687 B-18 cod. ARACIS N° 103 Bairro:  
Cocoado Belo, Cidade Bon Vista RR  
- Roraima, telefone (95) 961 222322.

**DECLARO** para os devidos fins de direito e a quem interessar possa que sou pobre nos termos da lei, não tendo condições de arcar com eventuais custas e despesas processuais, necessitando do abrigo da lei 1.060/50. Por ser a mais lídima expressão da verdade, firmo a presente declaração.

\_\_\_\_\_, de \_\_\_\_\_. de \_\_\_\_\_. \_\_\_\_\_.

Jose Garcia Alves de souza

**DECLARANTE**









## SINISTRO 3190635941 - Resultado de consulta por beneficiário

**VÍTIMA** JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA  
**COBERTURA** Invalidez

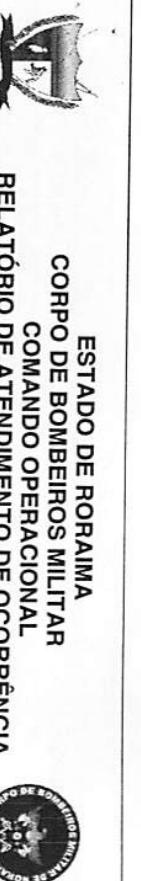
**PONTO DE ATENDIMENTO RECEPTOR DO PEDIDO DE**  
**INDENIZAÇÃO GENTE SEGURADORA S/A**  
**BENEFICIÁRIO** JOSE GARCIA ALVES DE SOUSA  
**CPF/CNPJ:** 94420580100

**Posição em 22-11-2019 11:56:25**

O pedido de indenização está em fase final de análise na Seguradora Líder-DPVAT. Em breve, o pagamento da indenização será liberado. Por gentileza, volte a consultar seu processo neste site dentro de 4 dias.

<b>Data do Pagamento</b>	<b>Valor da Indenização</b>	<b>Juros e Correção</b>	<b>Valor Total</b>
25/11/2019	R\$ 2.362,50	R\$ 0,00	R\$ 2.362,50





**CORPO DE BOMBEIROS MILITAR  
COMANDO OPERACIONAL  
RELATÓRIO DE ATENDIMENTO DE OCORRÊNCIA  
ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Nº DE AVISO:	3690-19
Nº DE VÍTIMAS:	01
OCORRÊNCIA:	T-04

**DATA:** 03-08-19

**KMF**

<b>OBM DE ATUAÇÃO</b>	<b>ÁREA DE ATUAÇÃO</b>	<b>VTR</b>	<b>KMI</b>
<input checked="" type="checkbox"/> 1º BPABM <input type="checkbox"/> 1º PEL <input type="checkbox"/> 2º PEL <input type="checkbox"/> 2º BPABM <input checked="" type="checkbox"/> 1º CIA <input type="checkbox"/> 2º CIA <input type="checkbox"/> 3º CIA	<input checked="" type="checkbox"/> Leste <input type="checkbox"/> Oeste <input type="checkbox"/> Centro <input type="checkbox"/> Norte <input type="checkbox"/> Sul <input type="checkbox"/> Rural	VR-01-19	26.984 26.509

<b>H/S AÍDA</b>	<b>H/Nº LOCAL</b>	<b>SAÍDA DO LOCAL</b>	<b>NO DESTINO</b>	<b>H/Nº OBM OU B-01</b>
12:23	12:39	12:44	12:55	13:27

**1. DADOS DA OCORRÊNCIA**

**CÓD. DE OCORRÊNCIA NÃO ESPECIFICADA:**

<b>ENDERECO:</b> <i>Rua Dom José Vespere</i>	<b>Nº</b> <i>3/6</i>	<b>BAIRRO:</b> <i>Cidade Trânsito</i>
<b>CIDADE:</b> <i>Boa Vista</i>	<b>PONTO DE REFERÊNCIA:</b> <i>Pr. A. Dom Pedro</i>	

**2. DADOS DO PACIENTE/VÍTIMA**

<b>NOME:</b> <i>Jose Garcia Mota de Souza</i>	<b>RG/CPF:</b> <i>356322-2</i>
<b>D.N.</b> <i>19-01-67</i>	<b>IDADE:</b> <i>53</i>
<b>ENDERECO:</b> <i>Av. Pedro II, 18 Condomínio</i>	<b>SEXO:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Masculino <input type="checkbox"/> Feminino
<b>CIDADE:</b> <i>Boa Vista</i>	<b>Nº</b> <i>403</i>
<b>NACIONALIDADE:</b> <input checked="" type="checkbox"/> Brasileiro <input type="checkbox"/> Estrangeiro	<b>BAIRRO:</b> <i>Cidade Trânsito</i>
<b>É MEMBRO DE PÔVO OU COMUNIDADE TRADICIONAL?</b>	<b>TEL.:</b> <i>94112-1803</i>
<b>Deseja informar identidade de gênero?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não	<b>Deseja informar identidade de gênero?</b> <input type="checkbox"/> Sim <input checked="" type="checkbox"/> Não
<b>Se sim, qual?</b> <input type="checkbox"/> Heterossexual <input type="checkbox"/> Bissexual <input type="checkbox"/> Homossexual	<b>Se sim, qual?</b> <input type="checkbox"/> Homem transexual <input type="checkbox"/> Mulher transexual
<b>Outro:</b> _____	<b>Outro:</b> _____

**3. TERMO DE RECUSA DE ATENDIMENTO**

Eu, acima identificado e qualificado, declaro para devidos fins que recuso atendimento da equipe de resgate e de ser transportado para avaliação médica.

O paciente/vítima recusou assinar o termo de recusa de atendimento.

Assinatura do paciente/vítima:

*[Assinatura]*

**RG N°:**

**SSP/**

Testemunha:

*[Assinatura]*

**RG N°:**

**SSP/**

Testemunha:

*[Assinatura]*

**RG N°:**

**SSP/**

**4. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ACIMA DE 5 ANOS)**

<b>Abertura ocular</b>	<b>Resposta verbal</b>	<b>Resposta motora</b>	<b>Total</b>
<input checked="" type="checkbox"/> 4. Espontânea	<input checked="" type="checkbox"/> 5. Orientado	<input checked="" type="checkbox"/> 6. Obedece aos comandos verbais	
<input type="checkbox"/> 3. Á voz	<input type="checkbox"/> 4. Confuso	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso	
<input type="checkbox"/> 2. A dor	<input type="checkbox"/> 3. Palavras inapropriadas	<input type="checkbox"/> 4. Reage a dor	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Sons incompr./Gemidos	<input type="checkbox"/> 3. Flexão anormal a dor (Decorticacão)	<i>15</i> Pontos
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração)	
		<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	

**5. ESCALA DE COMA DE GLASGOW (ABAIXO DE 5 ANOS)**

Abertura ocular **Resposta verbal** **Resposta motora** **Total**

<input type="checkbox"/> 4. Espontânea	<input type="checkbox"/> 5. Palavras/sorriso/olhar acompanha.	<input type="checkbox"/> 6. Movimenta os 4 membros.	
<input type="checkbox"/> 3. A voz	<input type="checkbox"/> 4. Choro, mas que pode ser confortado.	<input type="checkbox"/> 5. Localiza e retira o estímulo doloroso.	
<input type="checkbox"/> 2. A dor	<input type="checkbox"/> 3. Irritabilidade persistente.	<input type="checkbox"/> 4. Sente dor, mas não retira.	
<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Agitação.	<input type="checkbox"/> 3. Flexão a dor (Decorticacão).	
	<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	<input type="checkbox"/> 2. Extensão anormal a dor (Descerebração).	
		<input type="checkbox"/> 1. Nenhuma	

**6. SINAIS VITais**

**PA:** *160/170* **FR:** *—* **FC:** *93* **SPO2:** *—* **Temperatura:** *—*

**7. AVALIAÇÃO SECUNDARIA - SUBJETIVA**

**ALERGIA:**  SIM  NÃO QUAL (is):

**USO DE MEDICAMENTOS:**  SIM  NÃO QUAL (is):

**APARENTEMENTE ALCOOLIZADO:**  SIM  NÃO



**8. CONSEQUÊNCIAS DO TRAUMA**

Óbito evidente

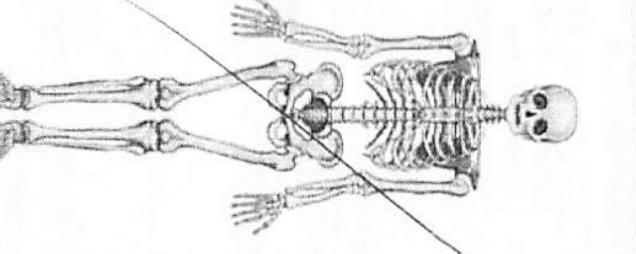
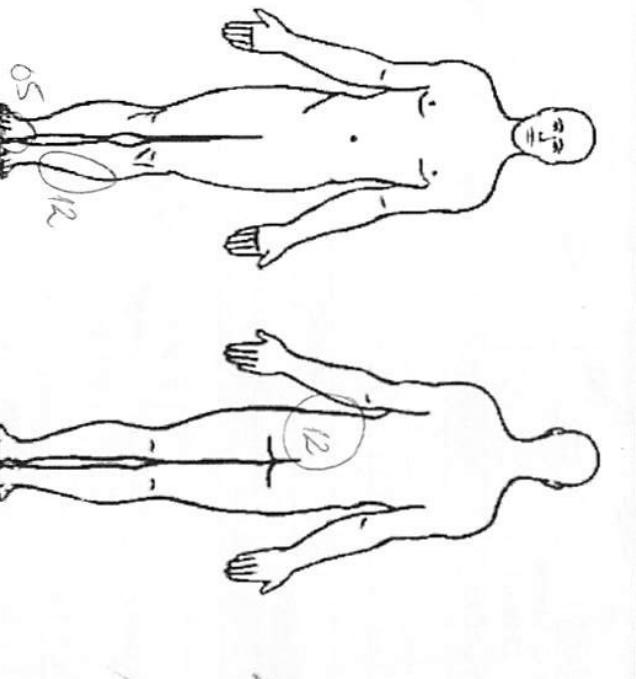
PCR

Vítima encarcerada

Vítima ejetada

Capotamento

**9. FERIMENTOS E TRAUMATISMOS:**



Legenda:
01- Fratura
02- Luxação
03- Entorse
04- Ferimento incisivo
05- Ferimento Lacerante
06- Ferimento Corto-contusão
07- Ferimento perfurante
08- Ferimento penetrante
09- Amputação
10- Avulsão
11- Contusão
12- Escoriações
13- Queimaduras

**10. HISTÓRIO DO ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Praticante motociclista, encontrava-se só, sentado, no seu veículo, o mesmo informou ter retido, 200 unidades de populares e escassa. Bicicleta só somente de duas ou três rodas do tipo moto, acho que pode ser uma Malagueta, não posso dizer, trouxe, somente primeiros em todos os casos, saci o P.S. para melhor resultado. O mesmo informou ter ingrediente bebidas alcoólicas pelo mundo. A sua esposa veio como acompanhante no VTR

**11. OBJETOS/VALORES ENTREGUES AO RESPONSÁVEL DA UNIDADE DE SAÚDE OU AUTORIDADE POLICIAL**

- |   |   |                                   |  |
|---|---|-----------------------------------|--|
| <input type="checkbox"/> Carteira de identidade | <input type="checkbox"/> Cartão magnético _____ Und | <input type="checkbox"/> Capacete | <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| <input type="checkbox"/> CNH                    | <input type="checkbox"/> Cheque _____ Fls           | <input type="checkbox"/> Calçado  |  |
| <input type="checkbox"/> CPF                    | <input type="checkbox"/> Dinheiro R\$ _____         | <input type="checkbox"/> Óculos   |  |
| <input type="checkbox"/> Título de eleitor      | <input type="checkbox"/> Jóias                      | <input type="checkbox"/> Relógio  |  |

Aos cuidados de:

**12. UNIDADE DE SAÚDE**

- |   |   |   |
|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> P.S. Francisco Elestáio          | <input type="checkbox"/> Hosp. da Criança Santo Antônio                 | <input type="checkbox"/> Hosp. das Clínicas |
| <input type="checkbox"/> P.A. Airton Rocha                | <input type="checkbox"/> Hosp. Materno Infantil Nossa Senhora de Nazaré | <input type="checkbox"/> Outros: _____      |
| <input type="checkbox"/> Pronto Atendimento Cosme e Silva | <input type="checkbox"/> Hosp. Unimed                                   |   |

**13. ESTADO DA VÍTIMA ENTREGUE NA UNIDADE DE SAÚDE**

Instável

Crítico

**14. EQUIPE DE ATENDIMENTO PRÉ-HOSPITALAR**

Chefe de equipe: \_\_\_\_\_ Socorrista(s): \_\_\_\_\_ Condutor da VTR \_\_\_\_\_ Resp. pelo preenchimento

**15. DADOS DO RESPONSÁVEL PELO RECEBIMENTO DA VÍTIMA NA UNIDADE DE SAÚDE**

Assinatura:

Documento de identidade:

Registro de conselho (CRM/COREN):





## Operação

Parceria entre a Secretaria  
Munimcipal de Saúde  
em Inde.  
Local em plantas menores  
de 17m de Inde  
Ocupado Centro Cívico

Dr. Maurus Brüner  
Médico Residente  
Ortopedia e Traumatologia  
CRM 19177/RN



Jose Latorre 1977  
de Segura

Date: 31.6.19 O.S.

BOLETIM OPERÁRIO

Date: 3/6/10 O.S. \_\_\_\_\_

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO

habitus eximus esse possit.

## TIPO DE INTERVENÇÃO:

— 111 —

## MEDICAÇÕES E ACIDENTES:

DIAGNÓSTICO DESEMPENHO

BRUNNEN OPERAURIO: —

卷之三

122

220 All XII 1 AB:

ארכיאולוגיה

3º AUXILIAR: \_\_\_\_\_

ANESTESIAS

卷之三

INICIO:

卷之三

RELATIONSHIP OF THE CROWN TO THE CROWN

卷之三

卷之三

Dr. Augusto Chaves  
Santos com licet d.o.  
Carolina  
M.R. Dr. Chaves

~~1980-81  
Istituto Giardini Naxos  
Medico e Psicologico  
Otorinolaringologico e Traumatologico  
CRM-FIR 1984~~

**Sistema Único de SUS**  
Saúde

**PROJUDI**  
AUXÍLIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO  
DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

**IDENTIFICAÇÃO DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE**

**3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE EXECUTANTE**

**IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE**

**5 - NOME DO PACIENTE**

**6 - N.º DO PRONTUÁRIO**

**7 - N.º DA CARTEIRA NACIONAL DE SAÚDE (CNS)**

**10 - NOME DA MÃE OU DO RESPONSÁVEL**

**11 - TELEFONE DE CONTATO**

**12 - ENDEREÇO (RUA, N.º, BAIRRO)**

**13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA**

**14 - CÓD. IBGE MUNICÍPIO**

**15 - UF**

**16 - CEP**

**3 - NOME DA PESSOA**

**4 - CNES**

**17 - PRINCIPAIS SINTÔMOS SINTOMAS CLÍNICOS**

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

**20 - DESCRIÇÃO DO DIAGNÓSTICO**

**21 - CÓD. 10 PRINCIPAL**

**22 - CÓD. 10 SECUNDÁRIO**

**23 - CAUSAS ASSOCIADAS**

**24 - DESCRICAO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO**

**25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO**

**26 - CLÍNICA**

**27 - CARÁTER DA INTERNAÇÃO**

**28 - DOCUMENTO**

**29 - N.º DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE**

**30 - NOME DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE**

**31 - DATA DA AUTORIZAÇÃO**

**32 - ASSINATURA DO PROFISSIONAL SOLICITANTE/ASSISTENTE**

**33 - N.º DO REGISTRO DO CONSELHO DE MEDICINA**

**34 - ACIDENTE DE TRABALHO TÍPICO**

**35 - ACIDENTE DE TRABALHO TRAJETO**

**36 - CNPJ DA EMPRESA**

**37 - N.º DO BILHÉTE**

**38 - SÉRIE**

**39 - CNPJ DA EMPRESA**

**40 - CNAE DA EMPRESA**

**41 - CBOR**

**42 - VÍNCULO COM A PREVIDÊNCIA**

**43 - EMPREGADOR**

**44 - CÓD. ORGÃO EMISSOR**

**45 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**46 - DOCUMENTO (CNS/CPF) DO PROFISSIONAL AUTORIZADOR**

**47 - DATA DA AUTORIZAÇÃO**

**48 - ASSINATURA E CARMIM (N.º DO REGISTRO DO CONSELHO)**

**49 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**50 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**51 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**52 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**53 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**54 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**55 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**56 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**57 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**58 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**59 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**60 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**61 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**62 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**63 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**64 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**65 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**66 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**67 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**68 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**69 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**70 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**71 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**72 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**73 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**74 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**75 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**76 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**77 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**78 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**79 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**80 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**81 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**82 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**83 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**84 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**85 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**86 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**87 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**88 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**89 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**90 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**91 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**92 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**93 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**94 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**95 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**96 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**97 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**98 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**99 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**100 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**101 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**102 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**103 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**104 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**105 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**106 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**107 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**108 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**109 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**110 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**111 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**112 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**113 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**114 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**115 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**116 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**117 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**118 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**119 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**120 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**121 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**122 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**123 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**124 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**125 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**126 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**127 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**128 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**129 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**130 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**131 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**132 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**133 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**134 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**135 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**136 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**137 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**138 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**139 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**140 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**141 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**142 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**143 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**144 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**145 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**146 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**147 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**148 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**149 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**150 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**151 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**152 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**153 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**154 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**155 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**156 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**157 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**158 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**159 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**160 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**161 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**162 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**163 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**164 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**165 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**166 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**167 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**168 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**169 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**170 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**171 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**172 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**173 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**174 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**175 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**176 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**177 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**178 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**179 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**180 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**181 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**182 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**183 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**184 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**185 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**186 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**187 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**188 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**189 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**190 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**191 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**192 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**193 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**194 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**195 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**196 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**197 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**198 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**199 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**200 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**201 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**202 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**203 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**204 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**205 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**206 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**207 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**208 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**209 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

**210 - N.º DA AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR**

卷之三

AUTORIA DA DESCRIÇÃO DE MATERIAIS CIRÚRGICOS

Estabelecimento.  
HOSPITAL GERAL DE RIO GRANDE  
Sociedade  
*Ortopédica*  
procedimento Realizado.  
*Fixação Externa de Piso*  
Nº do Documento  
Data

Bloco:	Enfermaria:	Letra:	Nº da Sala	Circulante da Sala:

Dados dos materiais/Serviços

ITEM	DESCRIÇÃO DO ITEM	UNID.	QUANT.	MARCA
1	<b>Lote: 010455</b> Código: F088209 <b>SISTEMA DE FIACAO OSSEA</b> <b>SARTORI - LINTEX</b> <b>TIBIA/TEMIR T 300 - ESTERIL</b> <b>Fab.:10/01/2019 Val.:01/2024</b> <b>Registro Anvisa Nº 4003650011</b> <b>Material ACO INOX ALUMINIO</b>	01	01	
2	<b>Luis Guilherme Sartori &amp; Cia Ltda - EPP</b> <b>CNPJ: 04.661.623/0001-00 - Rio Claro/SP</b> <b>Tel: +55 19 3338-1910 info@sartori.com.br</b>	02	02	
3	<b>Lote: 010713</b> Código: AF198680 <b>PENO INTRAMEDULAR OSSEO - R</b> <b>X CX 4,5X 200 X T</b> <b>Fab.:01/01/2019 Val.:01/2024</b> <b>Registro Anvisa Nº 4003650016</b> <b>Material ACO INOX F138</b>	01	01	
4	<b>Luis Guilherme Sartori &amp; Cia Ltda - EPP</b> <b>CNPJ: 04.661.623/0001-00 - Rio Claro/SP</b> <b>Tel: +55 19 3338-1910 info@sartori.com.br</b>	01	01	

MÉDICO CIRURGÃO: Rogerio Dílio

19 AUXILIAR:

INSTRUMENTADOR:  
Médico Especialista em Ortopedia e Traumatologia  
CRM-PR 14.000-204

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJ8ZP LKFBK 5A3QC 67DUY

Autualizaç<sup>o</sup>o N<sup>o</sup> 14 de Qualidade e Segurança do Paciente - NCASP/HC/UFSC em 03/2013

Alme J.S. Oliveira  
Extreme  
CORRECTION 326.537 ENF

37 em PDI Júlia e Sônia se formaram no período 2; elas estão de S. Bento

ANOTACÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

INTRO-OPERATORIO									
DADOS PRÉ-OPERAÇÃO		Cirurgia Realizada		Anestesia		Posicionamento		Sinais Vitais	
Termodinâmicas:	Termodinâmicas:	Salva	Salva	Anestesia	Cirurgia	Anestesia	Cirurgia	Horário	Fracasso
07:15	07:35	07:50	07:48	0,0	0,0	0,0	0,0	10:01	11:46:09:18
07:15	07:35	07:50	07:48	0,0	0,0	0,0	0,0	10:01	11:46:09:18
Frigideza extrema									
Raque									
1. Sonda									
2. Curiativo									
3. Dreno									
4. Acesso									
5. Outros									
SF 0,9%: 500 ml									
Nome: Antidiotocerapla									
6. Outros:									
SG 5%: Dose: Plasma:									
7. Outros:									
SG 5%: Observações:									
8. Entrada									
Balanço Hídrico (PRE/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)									
Exames na SO:									
Nº de Compressões realizadas: 12									
Anotando Patologias:									
( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX									
( ) Síntese ( ) Síndrome									
( ) Peças: ( ) Clínica									
( ) Outros: ( ) Gasometria ( ) Outros:									
9. Sinais Vitais:									
T: 37,04 bpm									
FC: 159 bpm									
SAT: 94 %									
PA: 159x103 mmhg									
( ) Regular ( ) Irregular									
11. Gástrica									
12. SVD ( ) Nao ( ) Sim N.									
13. Outros:									
Sinais Vitais: Saída da SO									
T: 37,04 bpm									
PA: 96x69 mmhg									
SAT: 97 %									
FC: 112 bpm									
14. Outros:									
15. Gástrica									
16. Sintese muscular									
17. Sintese muscular									
18. Dreno									
19. SNG/SNE									
20. Gástrica									
21. Gástrica									
22. Sintese muscular									
23. Sintese muscular									
24. Anotações (Admissão do paciente):									
25. Mês/Ano									
26. Endeter 02									
27. Endeter 02									
28. Dreno									
29. SNG/SNE									
30. Gástrica									
31. Manguito PA									
32. Dímetro									
33. Eletrodos									
34. Legendas:									
35. Saída da SO									
36. Entrada									
37. Balanço Hídrico (PRE/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)									
38. Exames na SO:									
39. N.º de Compressões realizadas: 12									
40. Anotando Patologias:									
41. ( ) Hb ( ) Hemograma ( ) RX									
42. ( ) Síntese ( ) Síndrome									
43. ( ) Peças: ( ) Clínica									
44. ( ) Outros: ( ) Gasometria ( ) Outros:									
45. Sinais Vitais:									
46. T: 37,04 bpm									
47. FC: 159 bpm									
48. SAT: 94 %									
49. PA: 159x103 mmhg									
50. ( ) Regular ( ) Irregular									
51. Gástrica									
52. Sintese muscular									
53. Sintese muscular									
54. Sintese muscular									
55. Sintese muscular									
56. Sintese muscular									
57. Sintese muscular									
58. Sintese muscular									
59. Sintese muscular									
60. Sintese muscular									
61. Sintese muscular									
62. Sintese muscular									
63. Sintese muscular									
64. Sintese muscular									
65. Sintese muscular									
66. Sintese muscular									
67. Sintese muscular									
68. Sintese muscular									
69. Sintese muscular									
70. Sintese muscular									
71. Sintese muscular									
72. Sintese muscular									
73. Sintese muscular									
74. Sintese muscular									
75. Sintese muscular									
76. Sintese muscular									
77. Sintese muscular									
78. Sintese muscular									
79. Sintese muscular									
80. Sintese muscular									
81. Sintese muscular									
82. Sintese muscular									
83. Sintese muscular									
84. Sintese muscular									
85. Sintese muscular									
86. Sintese muscular									
87. Sintese muscular									
88. Sintese muscular									
89. Sintese muscular									
90. Sintese muscular									
91. Sintese muscular									
92. Sintese muscular									
93. Sintese muscular									
94. Sintese muscular									
95. Sintese muscular									
96. Sintese muscular									
97. Sintese muscular									
98. Sintese muscular									
99. Sintese muscular									
100. Sintese muscular									

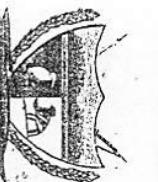
Termo de Consentimiento Cirugía: ( ) Sim ( ) Nao Término de Consentimiento Anestesi: ( ) Sim ( ) Nao

ata: 03 / 08 / 2019

10

CENTRO CIRURGICO/SRH

SAEP - SISTEMA TIZZAGAO DA ASSISTENCIA DE ENFERMAGEM PERIODICA



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

PROJUDI - Processo: 0802278-94.2020.8.23.0010 - Ref. mov. 1.3 - Assinado digitalmente por Paulo Sergio de Souza  
24/01/2020: JUNTADA DE PETIÇÃO DE INICIAL. Arq: Petição

**FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIAS**

NOME DO PACIENTE		APT OU LEITO	Nº DO PRONTUÁRIO	DATA
<i>José Garcia Alves de Souza</i>		1903343776	03	108119
CIRURGIA		TIPO		
CIRURGIAO		INICIO	TEMPO DE DURAÇÃO	TEMPO TOTAL
1º AUXILIAR		14:50	FIM	15:48
2º AUXILIAR		RES. Pedro / Res. Augusto	EQUIPE MÉDICA	Dr. Fabrion
TIPO DE ANESTESIA:		CIRCULANTE		
QUANT.	MATERIAIS	VALOR	QUANT	VALOR
<input checked="" type="checkbox"/>	PCT'S COMPRESSAS C/03 UNID.	20	FRASCOS- SORO FISIOLÓGICO 500ml	
10	PACOTES GAZE		FRASCOS- SORO RINGER LACTADO	
	LUVA ESTERIL 7.0		FRASCOS- SORO GLICOSADO	
4	LUVA ESTERIL 7.5		FIO VICRYL Nº	
3	LUVA ESTERIL 8.0		FIO MONONYLON Nº 2.0	
	LUVA ESTERIL 8.5		FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
10	LUVAS P/PROCEDIMENTOS		FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº		FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº		FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE TORAX Nº		FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº		FIO SEDA Nº	
	SERRINGA 01ML		SURGICEL	
3	SERRINGA 03ML		1 - CERA PISSO <i>Corteflex</i>	
5	SERRINGA 05ML		1 - KIT GATARATA Nº <i>Espresso macerogenas</i>	
3	SERRINGA 10ML		1 - GLOFOAM <i>Agulha PP/roque</i>	
	SERRINGA 20ML		5 - SEDA CARDIACA <i>Electrodo</i>	
MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA- VISTO DOS RESPONSÁVEIS		DEBITAR NA C.C DO PACIENTE		
INSTRUMENTADOR(A)	ENFERMEIRA CHEFE <i>Gabriele</i>	MATERIAL MEDICAMENTOS	SUB- TOTAL	VALOR
FUNCIONÁRIO/CALCULOS	CIRCULANTE DE SALA <i>Rhine</i>	TAXA DE SALA	TAXA DE ANESTESIA	SOMA
ENVIE ESTE FORMULÁRIO A CONTABILIDADE				



401-1

2

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
------------------	-----	----

PACIENTE JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D

ALERGIAS	HAS	DM2	HORARIO
IDADE	LEITO	DATA	08/08/2019
ITEM	DIETA LIVRE		
1	AVP		
2	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OUT PAD > 110 MMHG		
3	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		
4	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N		
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N		
6	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N		
7	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
8	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N		
9	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		
10	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		
11	SSV + CCGG 6/6H		
12	CURATIVO DIÁRIO		
13			
14			
15			
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 OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITais	PA	FC	FR
6 H	120/75	70	26
12 H	120/75	70	26
12-24 H	130/76	84	35/2
24 H	120/74	76	20

Dr. Fernando Rezende  
Médico de Plantão

06 1801100 7.7 21 362

T-504

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - BLOCOS A/B/C/D/E/F									
Bloco:		Nome Completo:		Data:		Enfermaria:		Leito:	
José Gonçalo Alves de Souza		Hipótese Diagnóstica:		10/01/2020		101		F	
Isolamento ou Precaução:		Alergia:		Necessidade de Intérprete:		Qual (is):		Sexo:	
N		Sim		N		N		M	
Deambulação:		Possui acompanhante:		Observação:		Qual idioma:			
N		N		N		Português			
Deambulação:		Possui acompanhante:		Observação:		Qual idioma:			
N		N		N		Português			
SISTEMA NEUROLOGO									
Consciente		Favorreagente		PUPILLAS		SISTEMA CARDIOVASCULAR		ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL	
Orientado		Midiáticas		Desorientado		Normocárdico		SNG/SOG	
Sedado		Antidiárias		Comatoso		Tachicárdico		BC: _____	
Agitado		Reage a estímulos		Não reage		Hipotensoro		N/A	
Atébril		Hipopértemico		Hipertérmico		Tensão Cholo		GTT: _____	
Febil		Febre		Pirexia		Fistole		NPT: _____	
Hipoperfexia						Flato:		PA: _____	
Hidratada		CARACTERÍSTICAS DA PELE		REGULAÇÃO TÉRMICA		REGULAÇÃO ABDOMINAL		Pulso: _____	
Normocorrada		Desidratada		Ressecada		Normotensoro		Bradicárdico	
Anictérica		Hipocorrada		Hipercorrada		Asciático		Taquicárdico	
Aclandítica		Ictérica		Cianótica		Hipotensoro		Parcial	
Diácea por pressão:		( ) Sim		Local:		Hipertensoro		Auricular	
Região:		( ) Não				Normal		Colostomia	
Curativo realizado:		( ) Sim		FO: ( ) SIM ( ) NÃO		Diarreia		Malena	
Hipopneico		( ) Bradipneico		( ) Taquipneico		( ) Constipação		Ausente	
Oxigenoterapia		( ) Sim		( ) Não		( ) Ausente			
SISTEMA RESPIRATÓRIO									
Cárteter Periférico:		( ) Sim ( ) Não		Local:		REGULAÇÃO URINARIO / DIURESE		REGULAÇÃO ABDOMINAL	
Cárteter Central:		( ) Sim ( ) Não		Local:		SNG		Distendido	
Sinais de Infecção no sítio da punção:		( ) Sim ( ) Não		Curativo realizado em:		Globoso		Flácido	
Sondas:		( ) Sim ( ) Não ( ) SNG		( ) Sim ( ) Não		Macio		Timpânico	
Dreno de:		( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT		Aspecto da secreção:		Ausente		Presente	
Cateter Vesical:		( ) Sim ( ) Não		Data da instalação:		Sim ( ) Não		N/A	
Protese:		( ) Sim ( ) Não		Tipo:		FO: ( ) Sim ( ) Não		FC: ( ) Sim ( ) Não	
CONTROLE DE CÁRTERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESSES E PRÓTESES									
Cárteter Periférico:		( ) Sim ( ) Não		Local:		M.S.D		Data:	
Cárteter Central:		( ) Sim ( ) Não		Local:		Data:		Trocar em:	
Sinais de Infecção no sítio da punção:		( ) Sim ( ) Não		Curativo realizado em:		Data:		Trocar em:	
Sondas:		( ) Sim ( ) Não ( ) SNG		( ) Sim ( ) Não		Lavagem		Trocar em:	
Dreno de:		( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT		Aspecto da secreção:		( ) Sifonagem			
Cateter Vesical:		( ) Sim ( ) Não		Data da instalação:		Quantidade:			
Protese:		( ) Sim ( ) Não		Trocar em:		Trocar em:			
DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM									
1. Deglutição Prejudicada		( ) Padão respiratório ineficaz		( ) Risco de lesão por pressão		( ) Risco de lesão por pressão			
Risco de infecção		( ) Ventilação espontânea prejudicada		( ) Risco de quedas		( ) Risco de quedas			
Risco de nutrição desequilibrada		( ) Mobilidade física prejudicada		( ) Risco de broncoespiração		( ) Eliminação urinária prejudicada			
Risco de glicemia instável		( ) Risco de integridade da pele prejudicada		( ) Risco de constipação		( ) Risco de constipação			
Risco de desequilíbrio do volume		( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal		( ) Comunicação deficiente		( ) Comunicação deficiente			
Volume de líquidos excessivo		( ) Padão de sono prejudicado							
Volume de líquidos deficiente		( ) Difícil no autocuidado para higiene							
Escala de Morse									
1. Histórico de Queda		4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado		5. Marcha/Deambulação		6. Estado Mental		7. Risco de quedas	
Não		Não		Sim		Sim		N/A	
Sim		Sim		Sim		Sim		N/A	
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação		15. Fraca		16. Estado Mental		17. Risco de quedas	
Não		Normal/Sem deambulação/Acamado		Fraca		Normal/Sem deambulação/Acamado		N/A	
Sim		Normal/Sem deambulação/Acamado		Fraca		Normal/Sem deambulação/Acamado		N/A	
3. Auxílio na Deambulação		15. Orientado/limitado/conhece as limitações		0		15. Orientado/limitado/conhece as limitações		0	
Muleta/Bengala/Andador		30. Superestimativa/capacidade/Esgotarce limitação		15		30. Superestimativa/capacidade/Esgotarce limitação		15	
Mobilílio parede		TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24		Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45					
Prescrição para prevenção de queda no vaso									

Jucilene da Cunha Campos  
ENFERMEIRA  
COREN-RR 254.349

Bloro D  
Maca 02

40J-1

**HOSPITAL GERAL DE RORAIMA**

**SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA**

**SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**

PACIENTE	DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN
AGNÓSTICO	10/01/2020		
ALERGIAS	HAS	NEGA	DM2
IDADE	LEITO		DATA
ITEM	PRESCRIÇÃO		
1	DIETA ORAL LIVRE		
2	ACESSO VENOSO PERIFERICO		
3	SF 0,9% 500ML EV S/N		
4	DIPIRONA 500MG EV 6/6H		
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA		
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
7	NALBUFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEN		
8	SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DE 8/8H S/N		
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N		
10	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H		
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H Sy3P		
12			
13	<i>Centenário Dr. Mengel Lx</i>		
14			
15			
16	CAPTOPRIL 25 mg VO, SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
17	SSW + CCGG 6/6 H		
18	CURATIVO DIÁRIO		
19			
20			
21			

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

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**  
#ENCONTRO PACIENTE DEDICADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE  
#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANÍCTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO,  
NORMOCORRADO, HIDRATADO.

**#SOLICITADO : RX: # CONDUTA: MANTIDA**  
# PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:  
# PREVISÃO DE ALTA:

**SINAIS VITAIS**

6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H	1		
24 H	124	18	106
			36,5
6H	132/84	85	36,5

**MEDICO RESIDENTE**

**ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA**



# Evolução do Curativo



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas -  
HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: *José GARCIA*

Leito: *404-1*

Data: *06/08/19*

Localização			Região: <i>M10</i>			Região:
	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Grau: I ( ) II ( ) <i>2</i>	<input type="checkbox"/>	<input checked="" type="checkbox"/>	Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros		
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <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 type="checkbox"/> Álcool 70%		
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>ABG</i>			<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro:		
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <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:	<i>Bruna S. Pereira</i> <small>Enfermeira</small> <small>COREN-RR 818356</small>	<i>Berenice Sônia Carlos</i> <small>Enfermeira</small> <small>CRF-RR 391072</small>				
Observações:						



HC

H(1)-1

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA		
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA		
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA		
PRESCRIÇÃO MÉDICA		
DATA DE ADMISSÃO	DIH	DN

PACIENTE: JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA

DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D

ALERGIAS	HAS	DM2	DATA	06/08/2019	HORÁRIO
IDADE	52	LEITO	401-1		
ITEM					
1	DIETA ORAL LIVRE				
2	AVP				
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MM/HG				
4	TENOXICAM 40MG 1X AO DIA S/N				
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 66H S/N				
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA S/N				
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N				
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA				
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N				
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6				
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12				
12	SSV/V + CCGG 6/6H				
13	CURATIVO DIARIO				
14					
15					
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 DM/ML, GLICOSE  
50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO

LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO,

ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES

# EXAME FÍSICO: BEG, LOTE,

ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL,

EUPNEICO, NORMOCORRADO,

HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H	130/72	81	47
18 H	133/80	75	36-41
24 H	120/60	81	36-41

Dr. J. Jesus de Souza Almeida

08/08/2019

Paciente com queixas alérgicas medicadas em, agravado  
GSUV + carece de susse exames lab.  
Elizabeth Gomes da Silveira  
Téc. Enfermagem  
Tec. Enfermagem  
CORONAR 660.192 TE  
C/2020

64

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA																																			
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA																																			
SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA																																			
PROSCRIÇÃO MÉDICA																																			
DATA DE ADMISSÃO		DIH		DN																															
PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA																																		
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D																																		
ALERGIAS	HAS	DM2																																	
IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	09/08/2019																														
ITEM	HORÁRIO																																		
1	DIETA LIVRE																																		
2	AVP																																		
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG																																		
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N																																		
5	DIPIRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N																																		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AO DIA S/N																																		
7	PLASIL 10MG EV 8/8H S/N																																		
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA																																		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS VO 8/8 HRS S/N																																		
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6																																		
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12																																		
12	SSVV + CCGG 6/6H																																		
13	CURATIVO DIÁRIO																																		
14																																			
15																																			
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 MÉDICA:																																			
# ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RÉATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES																																			
# EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.																																			
# PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO CONDUTA: MANTIDA																																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="3">SINAIS VITais</th> <th colspan="3">B61919 B61919 B61919 B61919 B61919 B61919 B61919 B61919</th> </tr> <tr> <th>6 H</th> <th>PA</th> <th>FC</th> <th>FR</th> <th colspan="2">C61919 C61919 C61919 C61919 C61919 C61919 C61919 C61919</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>12 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">O61919 O61919 O61919 O61919 O61919 O61919 O61919 O61919</td> </tr> <tr> <td>18 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">D61919 D61919 D61919 D61919 D61919 D61919 D61919 D61919</td> </tr> <tr> <td>24 H</td> <td></td> <td></td> <td></td> <td colspan="2">A61919 A61919 A61919 A61919 A61919 A61919 A61919 A61919</td> </tr> </tbody> </table>						SINAIS VITais			B61919 B61919 B61919 B61919 B61919 B61919 B61919 B61919			6 H	PA	FC	FR	C61919 C61919 C61919 C61919 C61919 C61919 C61919 C61919		12 H				O61919 O61919 O61919 O61919 O61919 O61919 O61919 O61919		18 H				D61919 D61919 D61919 D61919 D61919 D61919 D61919 D61919		24 H				A61919 A61919 A61919 A61919 A61919 A61919 A61919 A61919	
SINAIS VITais			B61919 B61919 B61919 B61919 B61919 B61919 B61919 B61919																																
6 H	PA	FC	FR	C61919 C61919 C61919 C61919 C61919 C61919 C61919 C61919																															
12 H				O61919 O61919 O61919 O61919 O61919 O61919 O61919 O61919																															
18 H				D61919 D61919 D61919 D61919 D61919 D61919 D61919 D61919																															
24 H				A61919 A61919 A61919 A61919 A61919 A61919 A61919 A61919																															

## EVOLUÇÃO DO CURATIVO

 <b>Núcleo de Enfermagem em</b> <b>Tratamento de Feridas –</b> <b>HGR</b>	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <i>José Gareca Alves</i>			
	Leito: 401-1	Data: 08 / 08 / 19		

Localização		Região: <u>M. I, D.</u>		Região: _____
		Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/>		Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/>
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: <u>F.O</u>		<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:	
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/ Sonda <input type="checkbox"/> Outros		<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros	
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <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 type="checkbox"/> Álcool 70%	
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		<input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____	
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <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:	<i>Co. de Fátima N. Viana</i> <i>Auxiliar de Enfermagem</i> <i>COPER-AR 449.709</i>	<i>Jucilene Moreira</i> <i>Auxiliar de Enfermagem</i> <i>COREN-RR 453.554</i>		
Observações:	<i>Leira</i> <i>Leira</i>			



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

PRESCRIÇÃO MÉDICA			
DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN

PACIENTE **JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA**  
DIAGNÓSTICO **FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D**

ALERGIAS	HAS	DM2	HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE		S/AV
2	AVP		MANH

IDADE	LEITO	DATA	04/08/2019
52	401-1		

ITEM	TRAMAL 100MG 1X AO DIA S/N
8	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

ITEM	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS S/N
9	

ITEM	CUNDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6
10	

ITEM	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12
11	

ITEM	SSVV + CCGG 6/6H
12	

ITEM	CURATIVO DIÁRIO
13	

ITEM	SO B6 CTR P/15 Chuve
14	

ITEM	SO B6 CTR P/15 Chuve
15	

ITEM	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 DML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA
16	

**EVOLUÇÃO MÉDICA:**

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

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

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUTA: MANTIDA

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	EC	FR
12 H	107/61	73	20
18 H	104/69	88	35/40
24 H	134/91	72	35/38

00 10/05/2019

Dr. JESUS ALFREDO ALFREDO  
CRM-RR 566

Rocco D

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA	
SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA	
SERVÍCIO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA	
PROFESSOR HÉMICA	
	<b>HUGR</b>

—fort

Hospital Geral de Pernambuco		PREScrição MÉDICA		
DATA DE ADMISSÃO		DIH	DN	
PACIENTE	JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA			
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D			
ALERGIAS		HAS	DM2	

- first results

IDADE	52	LEITO	401-1	DATA	04/08/2019
ITEM					HORARIO
1	DIETA ORAL LIVRE				20h
2	AVP				Manhã

3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE 1/2 TAB 100/1000 mg	3/2/14
4	TENOIXICAM 400MG 1 X AODIA S/N	
5	DIPRORNA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H S/N	12/18/14
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1 X AODIA S/N	10/27/14

100

7	PLASIL 10MG EV 8/8H SIN	300
8	TRAMAL 100MG + SFO,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	360
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS SIN	1440
10	CLINDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6	120

200

11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12	Supressor
12	SSVW + CCGG 6/6H	12/12/2017
13	CURATIVO DIÁRIO	12/12/2017

• 98 C

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).

114

100

**EVOLUÇÃO MÉDICA:** \_\_\_\_\_  
**#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO**  
\_\_\_\_\_

104

LEITO, ATIVO, RÉATIVO, COMUNICATIVO,  
ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
**#EXAME FÍSICO : BEG, LOTE,**

10

ACANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL,  
EUPNEICO, NORMOCORADO,  
HIDRATADO.

100

**PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO CONDUITA, MANTIDA**

10

SINAIS VITais				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	VICK 89	82	-	26
18 H	150X96	84	-	26
24 H	J10H01	90	12m/m	25

Dr. Fernando Bezerra  
Médico de Família

111

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVGP Z8FJ9 8B7B7 YGN8B

401 - 1

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

Bloco: <input checked="" type="checkbox"/> D	Date: 09 / 08 / 19	Enfermaria: 401	Leito: 01																																																																																																																																																																																																												
Nome Completo: <b>JOSÉ GONÇALVES DA SILVA</b>	DN: / /	Sexo: ( ) F ( ) M	Hipótese Diagnóstica:																																																																																																																																																																																																												
Isolamento ou Precaução: ( ) Sim ( ) Não	( ) Padrão ( ) Contato ( ) Gotejada - aeroisol ( ) Gotejada - perigosos	Necessidade de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não	Qual idioma:																																																																																																																																																																																																												
Possui acompanhante: ( ) Sim ( ) Não	Obs:	Deambulação: ( ) Normal ( ) Sem deambulação ( ) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fracas ( ) Comprometida/cambaleante																																																																																																																																																																																																													
<table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>SISTEMA NEUROLOGO</b></td> <td colspan="2"><b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b></td> </tr> <tr> <td>( ) Sedado</td> <td>( ) Orientado ( ) Desorientado</td> <td>( ) Bradicárdico</td> <td>( ) Taquicárdico</td> </tr> <tr> <td>( ) Agitado</td> <td>( ) Torpido ( ) Comatoso</td> <td>( ) Hipotônico</td> <td>( ) Hipertônico</td> </tr> <tr> <td>( ) Fotoreagente</td> <td>( ) Mioticas ( ) Anisocônicas</td> <td>( ) Pujo Chelo</td> <td>( ) Flutuante ( ) Arritmico</td> </tr> <tr> <td>( ) Isocônicas</td> <td>( ) NÃO reagentes</td> <td>( ) Pausa</td> <td>( ) PA: <u>13x8</u></td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>PUPILAS</b></td> <td colspan="2"><b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b></td> </tr> <tr> <td>( ) Afebril</td> <td>( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico</td> <td>( ) VO ( ) SNG/SOG</td> <td>( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) INPT</td> </tr> <tr> <td>( ) Febre</td> <td>( ) Febre ( ) Preoxia</td> <td>( ) Evacuações: ( ) Presente ( ) Normal ( ) Diarreia</td> <td>( ) NÃO ( ) Ausente ( ) Ausente ( ) Constipação ( ) Melena</td> </tr> <tr> <td colspan="2"><b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b></td> <td colspan="2"><b>EVACUAÇÕES:</b></td> </tr> <tr> <td>( ) Hidratada</td> <td>( ) Desidratada ( ) Ressecada</td> <td>( ) Normotônico ( ) Asfítico ( ) Macrício</td> <td>( ) Globoso ( ) Timpânico</td> </tr> <tr> <td>( ) Normocorada</td> <td>( ) Hipocorada ( ) Hipercorada</td> <td>( ) Presente ( ) Ausente</td> <td>( ) Ruidos-Hidroáreos: ( ) Sim ( ) NÃO</td> </tr> <tr> <td>( ) Anticrética</td> <td>( ) Ictérica ( ) Clanótica</td> <td>( ) Sim ( ) NÃO</td> <td>( ) Fôto: ( ) Sim ( ) NÃO</td> </tr> <tr> <td>( ) Acidotática</td> <td>( ) Edema Local: _____</td> <td>( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Polirrágia ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematuria</td> <td>( ) Irrigação contínua ( ) Uropen</td> </tr> <tr> <td>Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não</td> <td></td> <td>( ) Traqueostomia</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Região: _____</td> <td></td> <td colspan="2"><b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b></td> </tr> <tr> <td>Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não</td> <td>FO: ( ) SIM ( ) NÃO</td> <td>( ) Arambiente ( ) Ambiente ( ) Arambiente ( ) Traqueostomia</td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b></td> <td colspan="2"><b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b></td> </tr> <tr> <td>( ) Bradipneico</td> <td>( ) Taquipneico</td> <td>( ) Distendido ( ) Asfítico ( ) Macrício</td> <td>( ) Globoso ( ) Timpânico</td> </tr> <tr> <td>( ) Eupneico</td> <td>( ) N/A</td> <td>( ) NÃO ( ) Curativo realizado em: _____</td> <td>( ) Ruidos-Hidroáreos: ( ) Sim ( ) NÃO</td> </tr> <tr> <td>Oxigenoterapia</td> <td>( ) Sim ( ) Não</td> <td>( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem</td> <td>( ) Arambiente ( ) Ambiente ( ) Arambiente ( ) Traqueostomia</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ORTSESSES E PRÓTESES</b> </td> </tr> <tr> <td>Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não</td> <td>Local: _____</td> <td>Data: _____</td> <td>Trocárem: _____</td> </tr> <tr> <td>Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não</td> <td>Local: _____</td> <td>Curativo realizado em: _____</td> <td>Trocárem: _____</td> </tr> <tr> <td>Sinal de infecção no sítio da punção: _____</td> <td>( ) Sim ( ) Não</td> <td>( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT</td> <td>( ) Lavagem ( ) Sifonagem</td> </tr> <tr> <td>Sondas: ( ) Sim ( ) Não</td> <td>( ) SNG</td> <td>Aspecto da secreção: _____</td> <td>Quantidade: _____</td> </tr> <tr> <td>Dreno: _____</td> <td></td> <td>Data da Instalação: _____</td> <td>Trocárem: _____</td> </tr> <tr> <td>Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não</td> <td></td> <td>Tipo: _____</td> <td>Local: _____</td> </tr> <tr> <td>Prótese: ( ) Sim ( ) Não</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> </td> </tr> <tr> <td>( ) Deglutição prejudicada</td> <td>( ) Padrão respiratório ineficaz</td> <td>( ) Risco de lesão por pressão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de infecção</td> <td>( ) Ventilação espontânea prejudicada</td> <td>( ) Risco de quedas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de nutrição desequilibrada</td> <td>( ) Mobilidade física prejudicada</td> <td>( ) Risco de broncoaspiração</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de glicemia instável</td> <td>( ) Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td>( ) Eliminação urinária prejudicada</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de desequilíbrio do volume</td> <td>( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td>( ) Risco de constipação</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Volume de líquidos excessivo</td> <td>( ) Padrão de sono prejudicado</td> <td>( ) Comunicação deficiente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Volume de líquidos deficiente</td> <td>( ) Defeito no autocuidado para higiene</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>Escala de Morse</b> </td> </tr> <tr> <td>1. Histórico de Queda</td> <td>4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td>0</td> <td>Não</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>25</td> <td>Sim</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>2. Diagnóstico Secundário</b> </td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td>5. Marcha/Deambulação</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>0 Normal/Sem deambulação/Acamado</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15 Fraca</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>3. Auxílio na Deambulação</b> </td> </tr> <tr> <td>Nethum/Acamado/Auxiliado</td> <td>6. Estado Mental</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Muleta/Bengala/Auditado</td> <td>15 Orientado/limitado/conhece as limitações</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mobilário Parede</td> <td>30 Superestima capacidade/Esquece limitações</td> <td>15</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL:</b></td> <td>Risco Baixo: 0 - 24</td> <td>Risco Médio: 25 - 44</td> <td>Risco Alto: maior que 45</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Prescrição para prevenção de queda no vaso</td> </tr> </table> </td> </tr> </table>				<b>SISTEMA NEUROLOGO</b>		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		( ) Sedado	( ) Orientado ( ) Desorientado	( ) Bradicárdico	( ) Taquicárdico	( ) Agitado	( ) Torpido ( ) Comatoso	( ) Hipotônico	( ) Hipertônico	( ) Fotoreagente	( ) Mioticas ( ) Anisocônicas	( ) Pujo Chelo	( ) Flutuante ( ) Arritmico	( ) Isocônicas	( ) NÃO reagentes	( ) Pausa	( ) PA: <u>13x8</u>	<b>PUPILAS</b>		<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>		( ) Afebril	( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico	( ) VO ( ) SNG/SOG	( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) INPT	( ) Febre	( ) Febre ( ) Preoxia	( ) Evacuações: ( ) Presente ( ) Normal ( ) Diarreia	( ) NÃO ( ) Ausente ( ) Ausente ( ) Constipação ( ) Melena	<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>		<b>EVACUAÇÕES:</b>		( ) Hidratada	( ) Desidratada ( ) Ressecada	( ) Normotônico ( ) Asfítico ( ) Macrício	( ) Globoso ( ) Timpânico	( ) Normocorada	( ) Hipocorada ( ) Hipercorada	( ) Presente ( ) Ausente	( ) Ruidos-Hidroáreos: ( ) Sim ( ) NÃO	( ) Anticrética	( ) Ictérica ( ) Clanótica	( ) Sim ( ) NÃO	( ) Fôto: ( ) Sim ( ) NÃO	( ) Acidotática	( ) Edema Local: _____	( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Polirrágia ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematuria	( ) Irrigação contínua ( ) Uropen	Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não		( ) Traqueostomia		Região: _____		<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>		Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não	FO: ( ) SIM ( ) NÃO	( ) Arambiente ( ) Ambiente ( ) Arambiente ( ) Traqueostomia		<table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b></td> <td colspan="2"><b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b></td> </tr> <tr> <td>( ) Bradipneico</td> <td>( ) Taquipneico</td> <td>( ) Distendido ( ) Asfítico ( ) Macrício</td> <td>( ) Globoso ( ) Timpânico</td> </tr> <tr> <td>( ) Eupneico</td> <td>( ) N/A</td> <td>( ) NÃO ( ) Curativo realizado em: _____</td> <td>( ) Ruidos-Hidroáreos: ( ) Sim ( ) NÃO</td> </tr> <tr> <td>Oxigenoterapia</td> <td>( ) Sim ( ) Não</td> <td>( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem</td> <td>( ) Arambiente ( ) Ambiente ( ) Arambiente ( ) Traqueostomia</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ORTSESSES E PRÓTESES</b> </td> </tr> <tr> <td>Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não</td> <td>Local: _____</td> <td>Data: _____</td> <td>Trocárem: _____</td> </tr> <tr> <td>Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não</td> <td>Local: _____</td> <td>Curativo realizado em: _____</td> <td>Trocárem: _____</td> </tr> <tr> <td>Sinal de infecção no sítio da punção: _____</td> <td>( ) Sim ( ) Não</td> <td>( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT</td> <td>( ) Lavagem ( ) Sifonagem</td> </tr> <tr> <td>Sondas: ( ) Sim ( ) Não</td> <td>( ) SNG</td> <td>Aspecto da secreção: _____</td> <td>Quantidade: _____</td> </tr> <tr> <td>Dreno: _____</td> <td></td> <td>Data da Instalação: _____</td> <td>Trocárem: _____</td> </tr> <tr> <td>Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não</td> <td></td> <td>Tipo: _____</td> <td>Local: _____</td> </tr> <tr> <td>Prótese: ( ) Sim ( ) Não</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> </td> </tr> <tr> <td>( ) Deglutição prejudicada</td> <td>( ) Padrão respiratório ineficaz</td> <td>( ) Risco de lesão por pressão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de infecção</td> <td>( ) Ventilação espontânea prejudicada</td> <td>( ) Risco de quedas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de nutrição desequilibrada</td> <td>( ) Mobilidade física prejudicada</td> <td>( ) Risco de broncoaspiração</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de glicemia instável</td> <td>( ) Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td>( ) Eliminação urinária prejudicada</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de desequilíbrio do volume</td> <td>( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td>( ) Risco de constipação</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Volume de líquidos excessivo</td> <td>( ) Padrão de sono prejudicado</td> <td>( ) Comunicação deficiente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Volume de líquidos deficiente</td> <td>( ) Defeito no autocuidado para higiene</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>Escala de Morse</b> </td> </tr> <tr> <td>1. Histórico de Queda</td> <td>4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td>0</td> <td>Não</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>25</td> <td>Sim</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>2. Diagnóstico Secundário</b> </td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td>5. Marcha/Deambulação</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>0 Normal/Sem deambulação/Acamado</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15 Fraca</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>3. Auxílio na Deambulação</b> </td> </tr> <tr> <td>Nethum/Acamado/Auxiliado</td> <td>6. Estado Mental</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Muleta/Bengala/Auditado</td> <td>15 Orientado/limitado/conhece as limitações</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mobilário Parede</td> <td>30 Superestima capacidade/Esquece limitações</td> <td>15</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL:</b></td> <td>Risco Baixo: 0 - 24</td> <td>Risco Médio: 25 - 44</td> <td>Risco Alto: maior que 45</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Prescrição para prevenção de queda no vaso</td> </tr> </table>				<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		( ) Bradipneico	( ) Taquipneico	( ) Distendido ( ) Asfítico ( ) Macrício	( ) Globoso ( ) Timpânico	( ) Eupneico	( ) N/A	( ) NÃO ( ) Curativo realizado em: _____	( ) Ruidos-Hidroáreos: ( ) Sim ( ) NÃO	Oxigenoterapia	( ) Sim ( ) Não	( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem	( ) Arambiente ( ) Ambiente ( ) Arambiente ( ) Traqueostomia	<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ORTSESSES E PRÓTESES</b>				Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não	Local: _____	Data: _____	Trocárem: _____	Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____	Sinal de infecção no sítio da punção: _____	( ) Sim ( ) Não	( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT	( ) Lavagem ( ) Sifonagem	Sondas: ( ) Sim ( ) Não	( ) SNG	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____	Dreno: _____		Data da Instalação: _____	Trocárem: _____	Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não		Tipo: _____	Local: _____	Prótese: ( ) Sim ( ) Não				<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>				( ) Deglutição prejudicada	( ) Padrão respiratório ineficaz	( ) Risco de lesão por pressão		( ) Risco de infecção	( ) Ventilação espontânea prejudicada	( ) Risco de quedas		( ) Risco de nutrição desequilibrada	( ) Mobilidade física prejudicada	( ) Risco de broncoaspiração		( ) Risco de glicemia instável	( ) Risco de integridade da pele prejudicada	( ) Eliminação urinária prejudicada		( ) Risco de desequilíbrio do volume	( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	( ) Risco de constipação		( ) Volume de líquidos excessivo	( ) Padrão de sono prejudicado	( ) Comunicação deficiente		( ) Volume de líquidos deficiente	( ) Defeito no autocuidado para higiene			<b>Escala de Morse</b>				1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado			Não	0	Não	0	Sim	25	Sim	20	<b>2. Diagnóstico Secundário</b>				Não	5. Marcha/Deambulação			Sim	0 Normal/Sem deambulação/Acamado	0		15 Fraca				<b>3. Auxílio na Deambulação</b>				Nethum/Acamado/Auxiliado	6. Estado Mental			Muleta/Bengala/Auditado	15 Orientado/limitado/conhece as limitações	0		Mobilário Parede	30 Superestima capacidade/Esquece limitações	15		<b>TOTAL:</b>	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45	Prescrição para prevenção de queda no vaso			
<b>SISTEMA NEUROLOGO</b>		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>																																																																																																																																																																																																													
( ) Sedado	( ) Orientado ( ) Desorientado	( ) Bradicárdico	( ) Taquicárdico																																																																																																																																																																																																												
( ) Agitado	( ) Torpido ( ) Comatoso	( ) Hipotônico	( ) Hipertônico																																																																																																																																																																																																												
( ) Fotoreagente	( ) Mioticas ( ) Anisocônicas	( ) Pujo Chelo	( ) Flutuante ( ) Arritmico																																																																																																																																																																																																												
( ) Isocônicas	( ) NÃO reagentes	( ) Pausa	( ) PA: <u>13x8</u>																																																																																																																																																																																																												
<b>PUPILAS</b>		<b>ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL</b>																																																																																																																																																																																																													
( ) Afebril	( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico	( ) VO ( ) SNG/SOG	( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) INPT																																																																																																																																																																																																												
( ) Febre	( ) Febre ( ) Preoxia	( ) Evacuações: ( ) Presente ( ) Normal ( ) Diarreia	( ) NÃO ( ) Ausente ( ) Ausente ( ) Constipação ( ) Melena																																																																																																																																																																																																												
<b>REGULAÇÃO TÉRMICA</b>		<b>EVACUAÇÕES:</b>																																																																																																																																																																																																													
( ) Hidratada	( ) Desidratada ( ) Ressecada	( ) Normotônico ( ) Asfítico ( ) Macrício	( ) Globoso ( ) Timpânico																																																																																																																																																																																																												
( ) Normocorada	( ) Hipocorada ( ) Hipercorada	( ) Presente ( ) Ausente	( ) Ruidos-Hidroáreos: ( ) Sim ( ) NÃO																																																																																																																																																																																																												
( ) Anticrética	( ) Ictérica ( ) Clanótica	( ) Sim ( ) NÃO	( ) Fôto: ( ) Sim ( ) NÃO																																																																																																																																																																																																												
( ) Acidotática	( ) Edema Local: _____	( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Polirrágia ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematuria	( ) Irrigação contínua ( ) Uropen																																																																																																																																																																																																												
Úlcera por pressão: ( ) Sim ( ) Não		( ) Traqueostomia																																																																																																																																																																																																													
Região: _____		<b>SISTEMA URINÁRIO / DIURESE</b>																																																																																																																																																																																																													
Curativo realizado: ( ) Sim ( ) Não	FO: ( ) SIM ( ) NÃO	( ) Arambiente ( ) Ambiente ( ) Arambiente ( ) Traqueostomia																																																																																																																																																																																																													
<table border="1"> <tr> <td colspan="2"><b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b></td> <td colspan="2"><b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b></td> </tr> <tr> <td>( ) Bradipneico</td> <td>( ) Taquipneico</td> <td>( ) Distendido ( ) Asfítico ( ) Macrício</td> <td>( ) Globoso ( ) Timpânico</td> </tr> <tr> <td>( ) Eupneico</td> <td>( ) N/A</td> <td>( ) NÃO ( ) Curativo realizado em: _____</td> <td>( ) Ruidos-Hidroáreos: ( ) Sim ( ) NÃO</td> </tr> <tr> <td>Oxigenoterapia</td> <td>( ) Sim ( ) Não</td> <td>( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem</td> <td>( ) Arambiente ( ) Ambiente ( ) Arambiente ( ) Traqueostomia</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ORTSESSES E PRÓTESES</b> </td> </tr> <tr> <td>Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não</td> <td>Local: _____</td> <td>Data: _____</td> <td>Trocárem: _____</td> </tr> <tr> <td>Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não</td> <td>Local: _____</td> <td>Curativo realizado em: _____</td> <td>Trocárem: _____</td> </tr> <tr> <td>Sinal de infecção no sítio da punção: _____</td> <td>( ) Sim ( ) Não</td> <td>( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT</td> <td>( ) Lavagem ( ) Sifonagem</td> </tr> <tr> <td>Sondas: ( ) Sim ( ) Não</td> <td>( ) SNG</td> <td>Aspecto da secreção: _____</td> <td>Quantidade: _____</td> </tr> <tr> <td>Dreno: _____</td> <td></td> <td>Data da Instalação: _____</td> <td>Trocárem: _____</td> </tr> <tr> <td>Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não</td> <td></td> <td>Tipo: _____</td> <td>Local: _____</td> </tr> <tr> <td>Prótese: ( ) Sim ( ) Não</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b> </td> </tr> <tr> <td>( ) Deglutição prejudicada</td> <td>( ) Padrão respiratório ineficaz</td> <td>( ) Risco de lesão por pressão</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de infecção</td> <td>( ) Ventilação espontânea prejudicada</td> <td>( ) Risco de quedas</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de nutrição desequilibrada</td> <td>( ) Mobilidade física prejudicada</td> <td>( ) Risco de broncoaspiração</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de glicemia instável</td> <td>( ) Risco de integridade da pele prejudicada</td> <td>( ) Eliminação urinária prejudicada</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Risco de desequilíbrio do volume</td> <td>( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal</td> <td>( ) Risco de constipação</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Volume de líquidos excessivo</td> <td>( ) Padrão de sono prejudicado</td> <td>( ) Comunicação deficiente</td> <td></td> </tr> <tr> <td>( ) Volume de líquidos deficiente</td> <td>( ) Defeito no autocuidado para higiene</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>Escala de Morse</b> </td> </tr> <tr> <td>1. Histórico de Queda</td> <td>4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td>0</td> <td>Não</td> <td>0</td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>25</td> <td>Sim</td> <td>20</td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>2. Diagnóstico Secundário</b> </td> </tr> <tr> <td>Não</td> <td>5. Marcha/Deambulação</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Sim</td> <td>0 Normal/Sem deambulação/Acamado</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>15 Fraca</td> <td></td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td colspan="4"> <b>3. Auxílio na Deambulação</b> </td> </tr> <tr> <td>Nethum/Acamado/Auxiliado</td> <td>6. Estado Mental</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>Muleta/Bengala/Auditado</td> <td>15 Orientado/limitado/conhece as limitações</td> <td>0</td> <td></td> </tr> <tr> <td>Mobilário Parede</td> <td>30 Superestima capacidade/Esquece limitações</td> <td>15</td> <td></td> </tr> <tr> <td><b>TOTAL:</b></td> <td>Risco Baixo: 0 - 24</td> <td>Risco Médio: 25 - 44</td> <td>Risco Alto: maior que 45</td> </tr> <tr> <td colspan="4">Prescrição para prevenção de queda no vaso</td> </tr> </table>				<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>		( ) Bradipneico	( ) Taquipneico	( ) Distendido ( ) Asfítico ( ) Macrício	( ) Globoso ( ) Timpânico	( ) Eupneico	( ) N/A	( ) NÃO ( ) Curativo realizado em: _____	( ) Ruidos-Hidroáreos: ( ) Sim ( ) NÃO	Oxigenoterapia	( ) Sim ( ) Não	( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem	( ) Arambiente ( ) Ambiente ( ) Arambiente ( ) Traqueostomia	<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ORTSESSES E PRÓTESES</b>				Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não	Local: _____	Data: _____	Trocárem: _____	Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____	Sinal de infecção no sítio da punção: _____	( ) Sim ( ) Não	( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT	( ) Lavagem ( ) Sifonagem	Sondas: ( ) Sim ( ) Não	( ) SNG	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____	Dreno: _____		Data da Instalação: _____	Trocárem: _____	Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não		Tipo: _____	Local: _____	Prótese: ( ) Sim ( ) Não				<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>				( ) Deglutição prejudicada	( ) Padrão respiratório ineficaz	( ) Risco de lesão por pressão		( ) Risco de infecção	( ) Ventilação espontânea prejudicada	( ) Risco de quedas		( ) Risco de nutrição desequilibrada	( ) Mobilidade física prejudicada	( ) Risco de broncoaspiração		( ) Risco de glicemia instável	( ) Risco de integridade da pele prejudicada	( ) Eliminação urinária prejudicada		( ) Risco de desequilíbrio do volume	( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	( ) Risco de constipação		( ) Volume de líquidos excessivo	( ) Padrão de sono prejudicado	( ) Comunicação deficiente		( ) Volume de líquidos deficiente	( ) Defeito no autocuidado para higiene			<b>Escala de Morse</b>				1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado			Não	0	Não	0	Sim	25	Sim	20	<b>2. Diagnóstico Secundário</b>				Não	5. Marcha/Deambulação			Sim	0 Normal/Sem deambulação/Acamado	0		15 Fraca				<b>3. Auxílio na Deambulação</b>				Nethum/Acamado/Auxiliado	6. Estado Mental			Muleta/Bengala/Auditado	15 Orientado/limitado/conhece as limitações	0		Mobilário Parede	30 Superestima capacidade/Esquece limitações	15		<b>TOTAL:</b>	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45	Prescrição para prevenção de queda no vaso																																																																							
<b>REGULAÇÃO ABDOMINAL</b>		<b>SISTEMA CARDIOVASCULAR</b>																																																																																																																																																																																																													
( ) Bradipneico	( ) Taquipneico	( ) Distendido ( ) Asfítico ( ) Macrício	( ) Globoso ( ) Timpânico																																																																																																																																																																																																												
( ) Eupneico	( ) N/A	( ) NÃO ( ) Curativo realizado em: _____	( ) Ruidos-Hidroáreos: ( ) Sim ( ) NÃO																																																																																																																																																																																																												
Oxigenoterapia	( ) Sim ( ) Não	( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sifonagem	( ) Arambiente ( ) Ambiente ( ) Arambiente ( ) Traqueostomia																																																																																																																																																																																																												
<b>CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ORTSESSES E PRÓTESES</b>																																																																																																																																																																																																															
Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não	Local: _____	Data: _____	Trocárem: _____																																																																																																																																																																																																												
Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não	Local: _____	Curativo realizado em: _____	Trocárem: _____																																																																																																																																																																																																												
Sinal de infecção no sítio da punção: _____	( ) Sim ( ) Não	( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT	( ) Lavagem ( ) Sifonagem																																																																																																																																																																																																												
Sondas: ( ) Sim ( ) Não	( ) SNG	Aspecto da secreção: _____	Quantidade: _____																																																																																																																																																																																																												
Dreno: _____		Data da Instalação: _____	Trocárem: _____																																																																																																																																																																																																												
Cateter Vesical: ( ) Sim ( ) Não		Tipo: _____	Local: _____																																																																																																																																																																																																												
Prótese: ( ) Sim ( ) Não																																																																																																																																																																																																															
<b>DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM</b>																																																																																																																																																																																																															
( ) Deglutição prejudicada	( ) Padrão respiratório ineficaz	( ) Risco de lesão por pressão																																																																																																																																																																																																													
( ) Risco de infecção	( ) Ventilação espontânea prejudicada	( ) Risco de quedas																																																																																																																																																																																																													
( ) Risco de nutrição desequilibrada	( ) Mobilidade física prejudicada	( ) Risco de broncoaspiração																																																																																																																																																																																																													
( ) Risco de glicemia instável	( ) Risco de integridade da pele prejudicada	( ) Eliminação urinária prejudicada																																																																																																																																																																																																													
( ) Risco de desequilíbrio do volume	( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal	( ) Risco de constipação																																																																																																																																																																																																													
( ) Volume de líquidos excessivo	( ) Padrão de sono prejudicado	( ) Comunicação deficiente																																																																																																																																																																																																													
( ) Volume de líquidos deficiente	( ) Defeito no autocuidado para higiene																																																																																																																																																																																																														
<b>Escala de Morse</b>																																																																																																																																																																																																															
1. Histórico de Queda	4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado																																																																																																																																																																																																														
Não	0	Não	0																																																																																																																																																																																																												
Sim	25	Sim	20																																																																																																																																																																																																												
<b>2. Diagnóstico Secundário</b>																																																																																																																																																																																																															
Não	5. Marcha/Deambulação																																																																																																																																																																																																														
Sim	0 Normal/Sem deambulação/Acamado	0																																																																																																																																																																																																													
15 Fraca																																																																																																																																																																																																															
<b>3. Auxílio na Deambulação</b>																																																																																																																																																																																																															
Nethum/Acamado/Auxiliado	6. Estado Mental																																																																																																																																																																																																														
Muleta/Bengala/Auditado	15 Orientado/limitado/conhece as limitações	0																																																																																																																																																																																																													
Mobilário Parede	30 Superestima capacidade/Esquece limitações	15																																																																																																																																																																																																													
<b>TOTAL:</b>	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45																																																																																																																																																																																																												
Prescrição para prevenção de queda no vaso																																																																																																																																																																																																															

# Evolução do Curativo



Núcleo de Enfermagem em  
Tratamento de Feridas –  
HGR

Protocolo nº 1

Versão:08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: José Garcia Alves

Leito: 401.1

Data: 07/08/2019

Localização			Região: MID			Região: MSO
			Grau: I ( ) II (X)			Grau: I ( ) II (X)
Etiologia	<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			<input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input checked="" type="checkbox"/> Trauma: <u>Tração</u> <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:		
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____			<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input checked="" type="checkbox"/> Ferida Fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros _____		
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>inflamação</u>		
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: <u>peúca</u>		
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco			<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" 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 checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70%		
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____			<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____		
Troca	<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:	Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 1065		Ana Cláudia da Silva Garcia Técnica Enfermagem COREN-RR 1065		Vanessa da Silva Moraes Técnica Enfermagem COREN-RR 965	
Observações:						



HC

HC-1000

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

**PRESCRIÇÃO MÉDICA**



COBERTURA DE RORAIMA

Hospital Geral de Roraima

<b>DATA DE ADMISSÃO</b>	<b>DIH</b>	<b>DN</b>
<b>PACIENTE</b> <b>JOSÉ GARCIA ALVES DE SOUZA</b>		

**DIAGNÓSTICO**

**FX EXPOSTA PILÃO TIBIAL D**

<b>ALERGIAS</b>	<b>HAS</b>	<b>DM2</b>	<b>HORÁRIO</b>
<b>IDADE</b>	<b>LEITO</b>	<b>DATA</b>	
1	DIETA LIVRE		
2	AVP		
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG		
4	TENOXICAM 40MG 1 X AO DIA S/N		
5	DIPRONA 1G EV OU 500MG VODE 6/6H SIN		
6	OMEPRAZOL 40MG EV 1X AO DIA S/N		
7	PLASIL 10MG EV 8/8H SIN		
8	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA		
9	SIMETICONA 1 CP OU 40 GOTAS V.O 8/8 HRS SIN		
10	CUNDAMICINA 600 MG EV OU 2CP 300MG VO 6/6		
11	CIPROFLOXACINO 400 MG EV OU 500 MG VO DE 12/12		
12	SSV + CCGG 6/6H		
13	CURATIVO DIARIO		
14			
15			
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 MÉDICA:**

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, COMUNICATIVO, ALIMENTANDO, SEM ALTERAÇÕES  
#EXAME FÍSICO : BEG, LOTE, ACIANÓTICO, ANICRÉTICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO.

# PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

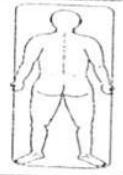
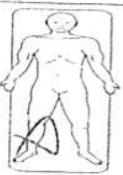
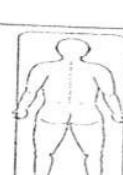
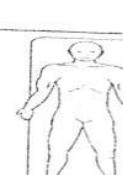
CONDUTA: MANTIDA

<b>SINAIS VITAIS</b>	<b>PA</b>	<b>FC</b>	<b>FR</b>
6 H			
12 H	40/83	84	17
18 H	139/79	89	18
24 H	132/77	90	18
			35.9%

Dr. *[Signature]*  
Márcos Aguiar  
Ortopedista Residência  
e Traumatologista  
HGR 1985

QSR 130/80 a2 10mmg 36,1°C

 Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: <i>JOSE GARCIA</i>			
	Leito: 404-1	Data: 06/08/19		

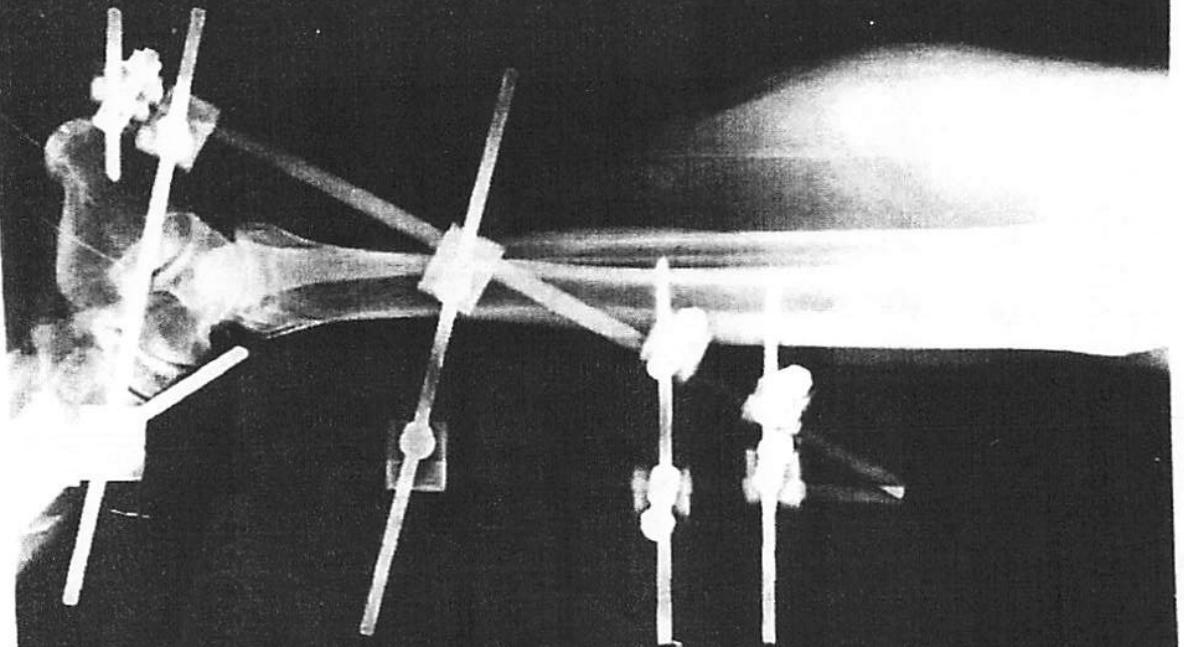
Localização	 	Região: <i>M10</i>	 	Região:
Etiologia	Grau: I <input type="checkbox"/> II <input checked="" type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> LPP I II III IV ?* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Tração <input checked="" type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro:			
Aparência do Leito	<input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros			
Pele Perilesional	<input checked="" type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> seca <input type="checkbox"/> Eritema / Rubor <input type="checkbox"/> Outro:			
Tipo de Exsudato	<input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input checked="" type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serossanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro:			
Quantidade de Exsudato	<input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" 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%			
Cobertura primária	<input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <i>Abé</i>			
Troca	<input type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h			
Profissional que realizou procedimento:	<i>Bruna S. Pereira</i> Técnico de Enfermagem COREN-RR 818.356	<i>Berenice Sônia Carlos</i> Técnica de Enfermagem COREN-RR 3870.72		
Observações:				



**Not intended for official interpretation.**

JOSE CARLOS RAVASI, DE 1971  
BRASIL (1991)

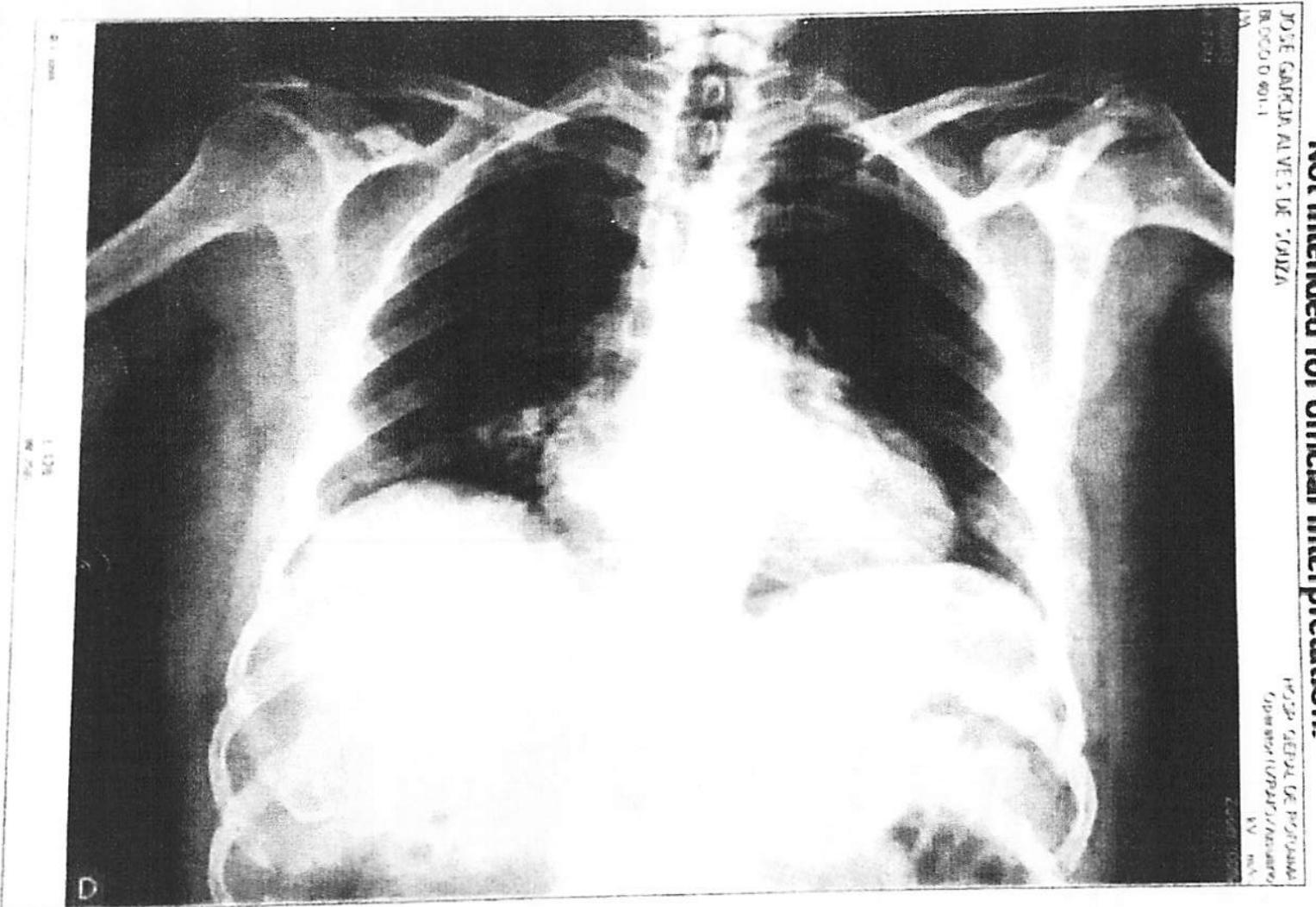
100%  
Digitalizar  
www  
www  
www



Arq. 1991

100%

99 / 100



Not intended for official interpretation

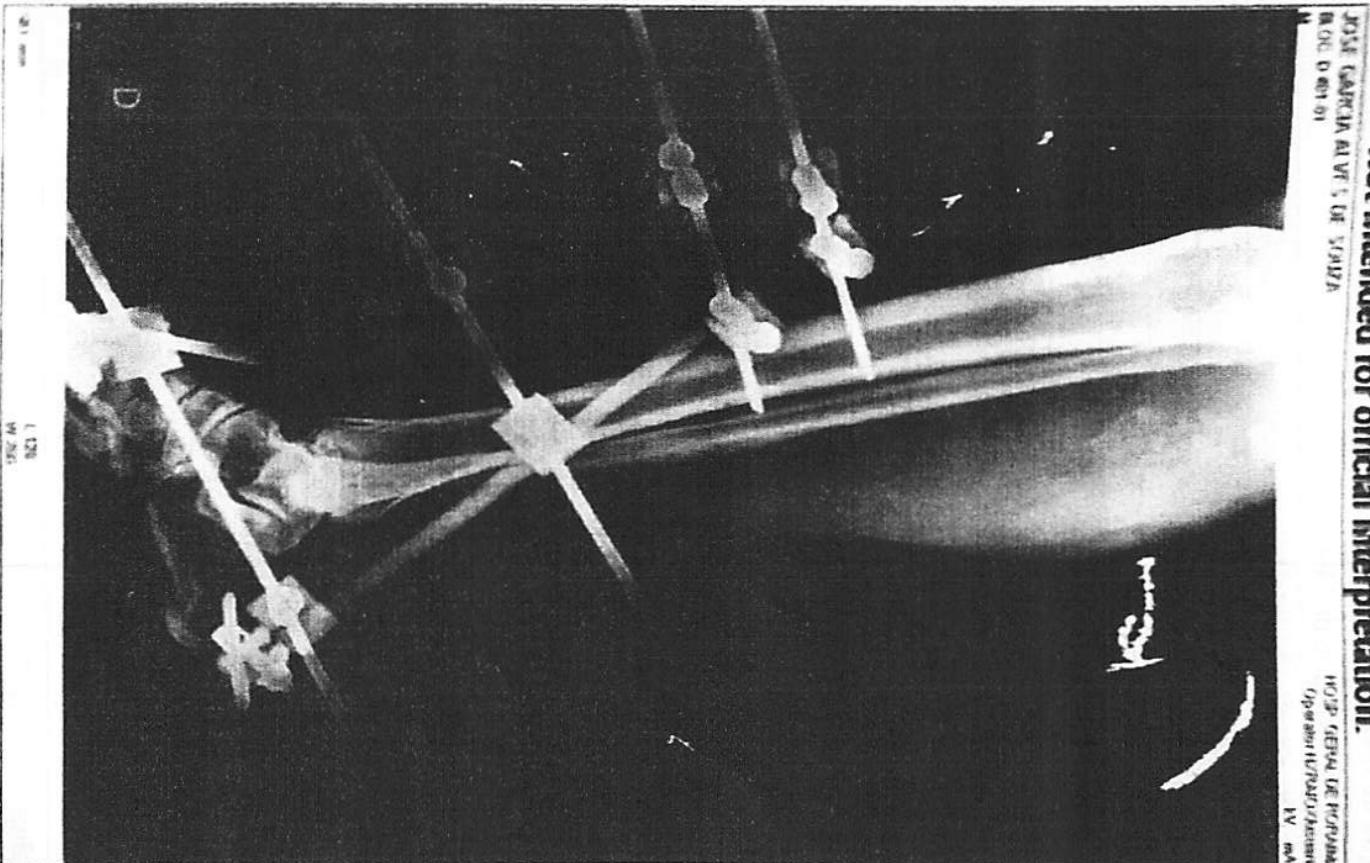
JOSE GARCIA ALVAREZ, M.D.

تہلیل

Documento assinado digitalmente, conforme MP nº 2.200-2/2001, Lei nº 11.419/2006

Validação deste em <https://projudi.tjrr.jus.br/projudi/> - Identificador: PJVGP Z8FJ9 8B7B7 YGN8B

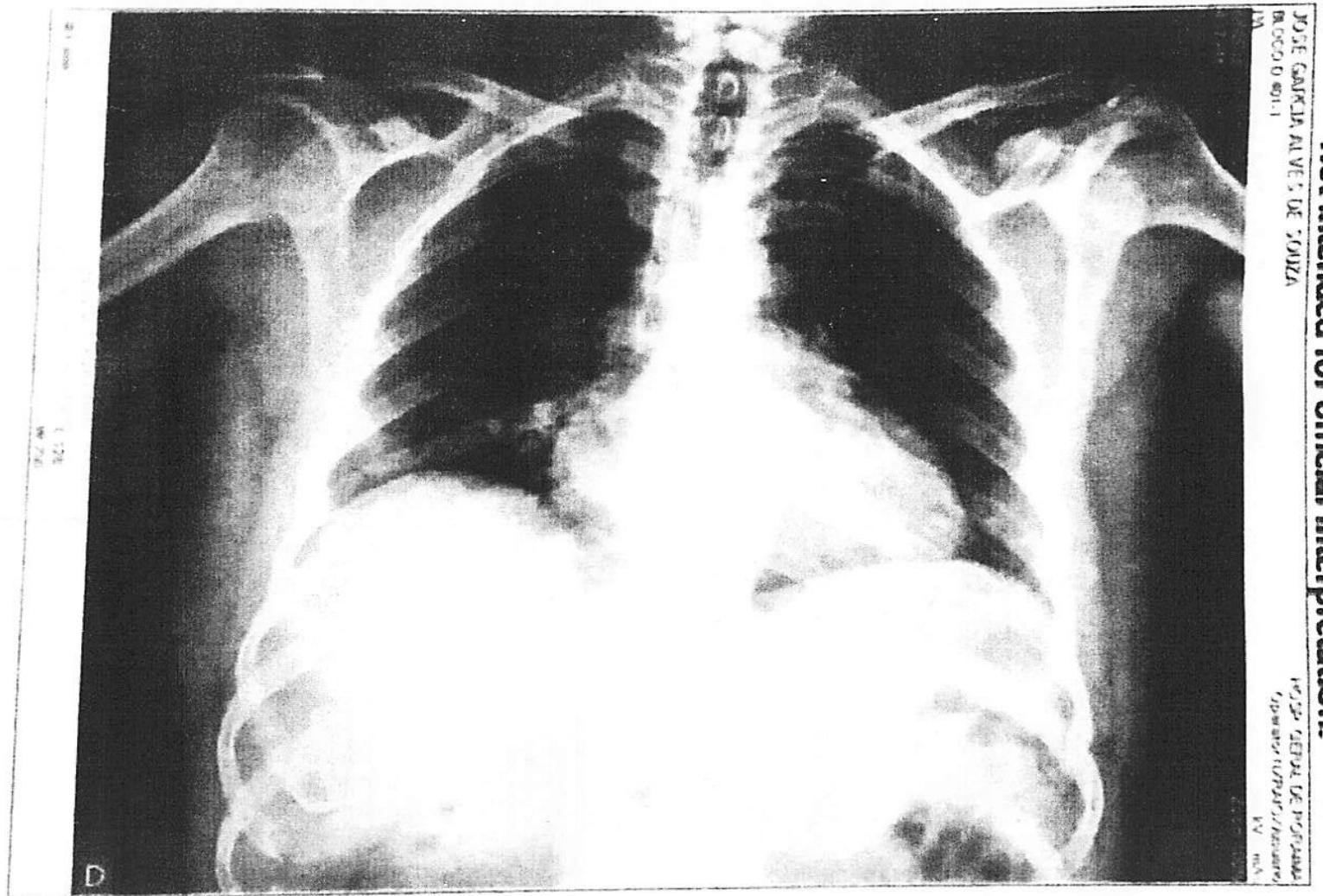






Not intended for official interpretation







GOVERNO FEDERATIVO  
FEDERATIVO DO BRASIL  
MINISTÉRIO PÚBLICO FEDERAL  
CONTABILIZAÇÃO GERAL DA ATENÇÃO ESPECIALIZADA  
SECRETARIA DE ESTADO DO JURÍDICO

Ministério Público Federal  
Assessoria de Segurança

Peço ser informado se  
o Exercício da (B)  
é de 02/01/2020 a

foi o Exercício de tempo  
de Exercício de tempo  
de Exercício de tempo

Paulo Sergio de Souza

Assessoria de Segurança

REPUCA ESPECIALIZADA GOVERNAMENTAL  
Fundo Central de Previdência e de Investimentos  
05/01/2020 - Censo 01.01.2020/01/01

**DR. FRANCISCO FERREIRA DE FARIA JÚNIOR - CRM 365/RR**

Av. Nossa Senhora da Consolação 597 - CEP 69.300-000 - Boa Vista/ RR

Fone:(95) 98111 7525 - E-mail: fariasrr2005@gmail.com

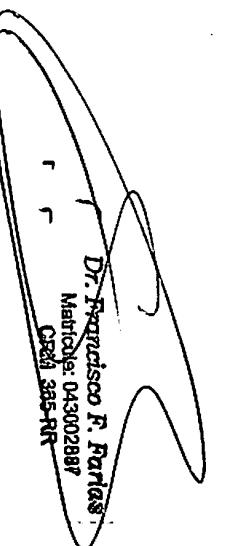
Laudo Médico

Sr. José Góes Alves da Sogza, C. T 356322-7 SSP/RR

ocorrência de acidente de moto, com diagnóstico de paciente exposto de toracogelo direito, esquerda frica de atendimentos 1903143776, de 03/06/19 do P. S. Fc Elbas. Foi realizada tomografia com sinúctica entre o ginecológico. Atualmente paciente com edema de troncos, mambela claudicante e direita. Apresenta limitação para flexão, hipertônus e reflexo intenso e extenso de troncos direitos. Apresenta dor e mobilidade ativa e gâmine durante exame clínico.

Conclusão: Encionando com respeito quanto permanência do paciente no prédio direito.

Boa Vista, 09/11/2019

  
Dr. Francisco F. Ferreira  
Matrícula: 043002889  
CRM 365/RR



**PODER JUDICIÁRIO DO ESTADO DE RORAIMA**  
**COMARCA DE BOA VISTA**  
**5ª VARA CÍVEL - PROJUDI**  
**Fórum Advogado Sobral Pinto, 666 - Centro - Boa Vista/RR - Fone: (95)**  
**3198-4719 - E-mail: 5civelresidual@tjrr.jus.br**

Proc. n.º 0802278-94.2020.8.23.0010

**DESPACHO**

Intime-se o autorpara, **no prazo de 15 dias, emendar a inicialnos** seguintes termos, **sob pena de indeferimento da inicial** cancelamento da distribuição:

- Regularizar a procuração juntada aos autos;
- Juntar procuração atualizada;

Boa Vista, 27/1/2020.

**EDUARDO MESSAGGI DIAS**  
Juiz de Direito  
(Assinado Digitalmente - Sistema CNJ - PROJUDI)