Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro (ASL)	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	01500274275	REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: REGINALDO ANDRADE DUARTE | 6 - CPF: 01500274275

7 - Profissão: AUTÔNOMO | 8 - Endereço: R. MARIA DO AR NERO MOURA | 9 - Número: 435 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: SINUO BOTELHO | 12 - Cidade: BOA VISTA | 13 - Estado: RR | 14 - CEP: 69314490

15 - E-mail: LUANNA.SOUZA2710@HOTMAIL.COM | 16 - Telefone: 95999168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal: —

18 - CPF do Representante Legal: — | 19 - Profissão do Representante Legal: —

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para se tratar de conta-poupança. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 (Informar o dígito se existir) CONTA: 00002019 8 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Salário, Poupança)
Nome do BANCO: —
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Outros

24 - Nome do cônjuge:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se teve filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou neta(o)/ta(o)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se teve irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso receba, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e apresentarem a documentação, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira acarretará perda do direito ao recebimento, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital do primeiro beneficiário efetuada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data: BOA VISTA, 26/11/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (de forma clara)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPF 001 VOLUNTÁRIO

PREFEITURA BOA VISTA

FICHA DE ATENDIMENTO Nº 1355

SAMU 192

EQUIPE SAMU BV

UNIDADE: BRAVO I

EQUIPE: Daiane / Lucival / [illegible]

Paciente: Reginaldo Andrade Marte Idade: 28 Sexo: M

Nacionalidade: Brasileiro Raça: Branca [ ] Negra [ ] Parda [ ] Amarela [ ] Indígena Etnia

Endereço: Av. Mauro Campelo Bairro Jock Clube

Nº 12140 DATA 19/07/19 HORA J/9: 18:23 BASE (X) VIA ( ) ( ) RÁDIO

Médico (a) Regulador (a): Dr. Paulo HORA J/10: 18:28 (X) CELULAR

MOTIVO INICIAL: moto e moto

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

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (no cenário do acidente)

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- [X] Acidente de trânsito
- [ ] Agressão física / espancamento
- [ ] Agressão física – FAF
- [ ] Agressão física – FAB
- [ ] Urgência psiquiátrica
- [ ] Tentativa de suicídio
- [ ] Envenenamento
- [ ] Afogamento
- [ ] Queimadura
- [ ] Choque elétrico
- [ ] Queda
- [ ] Urgência clínica
- [ ] Urgência obstétrica
- [ ] Transferência
- [ ] Exame complementar
- [ ] Outros

ACIDENTE DE TRÂNSITO

VÍTIMA	MEIO DE LOCOMOÇÃO	OUTRA PARTE ENVOLVIDA	ITENS DE SEGURANÇA
[ ] Pedestre	[ ] A pé	[ ] Automóvel	[X] Capacete
[X] Condutor	[ ] Automóvel	[X] Motocicleta	[ ] Cinto de segurança
[ ] Passageiro	[X] Motocicleta	[ ] Ônibus	[ ] Airbag
[ ] Ignorado	[ ] Bicicleta	[ ] Micro-ônibus	[ ] Assento para criança
	[ ] Ônibus	[ ] Bicicleta	
	[ ] Micro-ônibus	[ ] Animal	
	[ ] Outro	[ ] Outro	

AVALIAÇÃO INICIAL

VIAS AÉREAS	VENTILAÇÃO	CIRCULAÇÃO	AVAL. NEUROLÓGICA
[X] Livre	[ ] Apnéia	[ ] Bradicardico [ ] Taquicardico	[ ] Miose
[ ] Obstrução Parcial	[ ] Dispnéia	[ ] Enchimento capilar acima de 2"	[ ] Midríase
[ ] Obstrução Total	[ ] Bradpnéia	[ ] Pulso radial ausente	[ ] Anisocoria [ ] D [ ] E
[ ] Corpo estranho	[ ] Taquipnéia	[ ] Pulso central ausente	[ ] Aparentemente Alcoolizado
[ ] Outro: _____		[ ] Cianose central [ ] Extremidade	[ ] Agitação psicomotora

SINAIS VITAIS E ESCORES

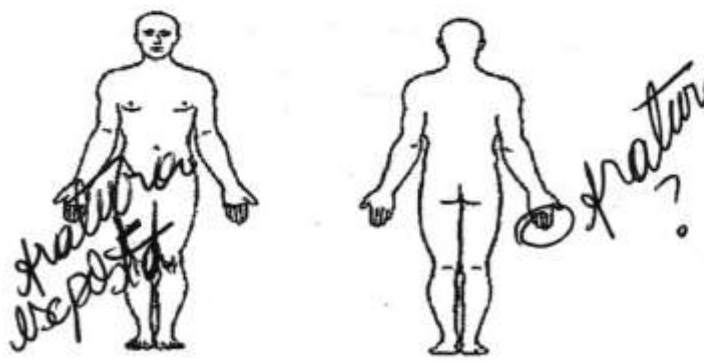
Hora	P.A mm/hg	F.C Bpm	F.R Mpm	Sat O_2 %	T. Axilar °C	Glicemia	Esc. visual "DOR"	Glasgow
Início 18:30	120/80	73	19	98	—	—		
Fim 19:10	120/80	73	19	99	—	—		

AVALIAÇÃO NO LOCAL DA OCORRÊNCIA (na viatura)

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

LESÃO IDENTIFICADA

1 – Dor
2 – Hematoma
3 – Contusão
4 – Escoriação
5 – Laceração
6 – Luxação
7 – Fratura fechada
8 – Fratura exposta
9 – Amputação
10 – Evisceração
11 – Afundamento de crânio
12 – Ferimento penetrante
13 – Tórax instável
14 – Enfisema subcutâneo
15 – Ferida aspirativa
16 – Empalamento
17 - Outros



ABERTURA OCULAR

4 – Espontânea
3 – Ao comando
2 – À dor
1 – Sem resposta

RESPOSTA VERBAL

5 – Orientado
4 – Confuso
3 – Palavras inapropriadas
2 – Palavras incompreensíveis
1 – Sem resposta

RESPOSTA MOTORA

6 – Obedece a comandos
5 – Localiza a dor
4 – Movimento de retirada
3 – Flexão anormal
2 – Extensão anormal
1 – Sem resposta

AVALIAÇÃO CARDÍACA

- [ ] Ritmo Sinusal
- [ ] Taquicardia Sinusal
- [ ] Flutter Atrial
- [ ] Fibrilação atrial
- [ ] FV
- [ ] TV
- [ ] AESP
- [ ] Assistolia

AFECÇÃO CLÍNICA

- [ ] Neurológica
- [ ] Respiratória
- [ ] Cardiovascular
- [ ] Digestiva
- [ ] Metabólica
- [ ] Infecciosa
- [ ]

HISTÓRIA PEGRESSA

- [ ] Diabetes
- [ ] Cardiopatia
- [ ] HAS
- [ ] Alergias
- [ ] Outros
- [ ] Medicação de uso

GRAVIDADE COMPROVADA [ ] Ileso [ ] Pequena [ ] Média [ ] Severa [ ] óbito

Dr. Jorge Barros Pereira
Médico Clínico
CRM-AM 2964

Assinatura e Carimbo (Unidade de Destino)

SAMU 192-BV
CONFERE COM ORIGINAL
Em 06/08/19

[ ] Cancelamento
[ ] Recusa de Atendimento / [ ] Hospitalização
[ ] Não se encontrava no local

MEIOS ACIONADOS
[ ] Polícia Militar
[ ] Guarda Municipal
[ ] Bombeiro
[ ] Outros:

PERTENCE DO PACIENTE	
	Função do Receptor:
	Assinatura do Receptor:

TERMO DE RECUSA

Declaro para os devidos fins que estou **recusando** o atendimento médico disponibilizado pelo SAMU/Boa Vista, nesta oportunidade:

Assinatura do Paciente: _____ RG: _____

TESTEMUNHA 01: _____ **RG:** _____

TESTEMUNHA 02: _____ **RG:** _____

GESTANTE		
Idade Gestacional:	[ ] Movimentos fetais presentes	[ ] Partes fetais na vulva
Perda de líquido:	[ ] Contrações entre 3-5 min.	[ ] Com cartão da gestante
BCF:	[ ] Contrações com duração > 30s	[ ] Sem cartão da gestante

PROCEDIMENTOS REALIZADOS

[ ] Aspiração	[ ] Máscara laríngea	[ ] Monitorização cardíaca	[X] Imobilização de fraturas
[ ] Cânula de Guegel	[ ] Guia de Introdução Bougie	[X] Colar cervical	[ ] Curativos
[ ] Cateter nasal: ___ L/min	[ ] Cricotireostomia cirúrgica	[ ] Headblock	[ ] Parto vaginal
[ ] Máscara facial: ___ L/min	[X] Oximetria	[X] Prancha longa	[ ] Cesárea de emergência
[ ] Bolsa-valva-máscara: ___ L/min	[ ] Dreno de tórax	[X] Tirantes	[ ] Imobilização de luxação
[ ] Intubação orotraqueal	[ ] Descompressão torácica	[ ] KED	[ ] Outros:
[X] Acesso venoso Gelco nº 18	[ ] Acesso venosso Scalp nº_____	[ ] Acesso intraósseo	

MEDICAMENTOS PRESCRITOS

FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA	FÁRMACO	DOSE	VIA	HORA
Dipirona	2g	EV	18:49				
Tilatil	40mg	EV	18:48				
RL	500mg	EV	18:47				

(6) pares de luvas P, M, G
(1) equipo macro
(3) mascaras

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

Vítima de colisão moto x moto, LOTS, apresentando, fraturas nos dedos da mão (D) + fratura exposta de fêmur (D), c/ SSVV preservados, ao MR, ao GT.

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL
Em 06/09/19
Stephanie
Rubrica

Daiane

Daiane Lopes Rodrigues
Assinatura e carimbo do profissional
COREN nº

BANCO DO BRASIL

COMPROVANTE DE TRANSFERENCIA

FORMA DE PAGAMENTO: CREDITO CONTA CORRENTE

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

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

DATA DA TRANSFERENCIA: 19/12/2019

NUMERO DO DOCUMENTO:

VALOR TOTAL: 1.687,50

*******TRANSFERIDO PARA:

CLIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE

BANCO: 104

AGÊNCIA: 03906

CONTA: 000000002019-8

Nr. da Autenticação EF3EBD54D70F134F

RORAIMA ENERGIA

Para contato conosco informe este número

SEU CÓDIGO 0035969-6

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez, 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3
Nota Fiscal / Conta de Energia Elétrica – Série B-1
Regime especial de impressão autorizada pela SEFAZ 368/13

Nº da Nota Fiscal 003238087

A Tarifa Social de Energia Elétrica – TSEE foi criada pela Lei nº 10.438 de 26 de abril de 2002.

CONTA MÊS	VENCIMENTO	CONSUMO (kWh)	TOTAL A PAGAR (R$)
JULHO/2019	01/08/2019	574	492,85

LUZIMAR FERNANDES DOS SANTOS
R. BRIG DO AR NERO MOURA 435 DR. SILVIO BOTELHO
CPF: 00074449583272
CEP: 69.314-490 - BOA VISTA ROT: 28.001.26.18.121800

DADOS DA LEITURA	kWh	kVArh
Atual:	44846	
Anterior:	44272	
Constante de Multiplicação:	1,000	
Consumo Medido:	574	
Consumo Faturado:	574	FCAM

DATAS DA LEITURA	
Atual:	15/07/2019
Anterior:	12/06/2019
Próxima Leitura:	15/08/2019
Emissão:	12/07/2019
Apresentação:	15/07/2019

NORMAL 33

DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA

Classe/Subclasse	Ligação	Número Medidor	Poste	Código Fat.	Média 12 meses
RESIDENCIAL	BI	E2835055	M 1420283	1.1.1.2	713

HISTÓRICO kWh

Mês/ano	consumo
JUN/19	518
MAI/19	746
ABR/19	698
MAR/19	652
FEV/19	611
JAN/19	772
DEZ/18	755
NOV/18	760
OUT/18	847
SET/18	696

TARIFA SEM TRIBUTOS:
0 A 574 - 0,634620

DESCRIÇÃO DA CONTA

CONSUMO	574 A R$ 0,764602 =	438,88
CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00		0,15
CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00		4,40
MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00		0,98
JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00		0,27
MULTA POR ATRASO 05/19-00		11,48
JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00		4,78
ILUMINACAO PUBLICA		31,91

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano 06/2019 Valor R$ 457,62

Unidade consumidora sujeita a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/07/2019. O não pagamento poderá ensejar também a inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 0800701919120 E FACA OPCAO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO 8F94.4DE7.9C43.6CE7.3304.2ACF.003F.DF4E

COMPOSIÇÃO DA CONTA - R$	
Distribuição:	112,75
Energia:	239,11
Transmissão:	0,00
Encargos:	12,42
Tributos:	74,60

IMPOSTOS/TRIBUTOS - R$	
Base de Cálculo:	438,88
Alíquota ICMS:	17,00%
Valor do ICMS:	74,60
Valor do PIS:	0,00
Valor do COFINS:	0,00

INDICADORES DE CONTINUIDADE

8,85	17,70	35,40	8,46	16,92	33,84	4,82
6,72			14,00			1,12

DISTRITO 05/2019 244,76
ROT: 28.001.26.18.121800

RORAIMA ENERGIA

SEU CÓDIGO	TOTAL A PAGAR – R$
0035969-6	492,85
MÊS FATURADO	VENCIMENTO
07/2019	01/08/2019

Roraima Energia S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 – Centro – Boa Vista – RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Insc. Estadual: 24.007.022-3

Nº da Nota Fiscal: 003238087 FCAM

836400000004 5 928500750000 7 000000003035 6 969607190085

RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

VIA PARA PAGAMENTO DE CONTA DE ENERGIA

NF: 3299545

ANTONIO LOPES DA S FILHO

R. SD PM JACINTO J S SI, 359 ,

CARANA 69313572 BOA VISTA RR

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	PERÍODO DE CONSUMO
539180	**07/2019**	**22-JUN-19 a 23-JUL-19**
CONSUMO (kWh)	VENCIMENTO	TOTAL A PAGAR
498	**10-AUG-19**	**R$ 441,84**

OBSERVAÇÕES

- A taxa referente a emissão de segunda via de pagamento não será cobrada
- Ligue Roraima Energia: 0800 70 19 120

autenticação mecânica

recorte aqui

RORAIMA ENERGIA

AVENIDA CAPITÃO ENE GARCEZ, 691, CENTRO - BOA VISTA

CNPJ: 02.341.470/0001-44 IE: 240070223

CÓDIGO ÚNICO	MÊS	TOTAL A PAGAR
539180	**07/2019**	**R$ 441,84**

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

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

Para mais esclarecimentos, acesse o site **http://www.seguradoralider.com.br** ou ligue para o **SAC DPVAT** 0800 0221204 ou 0800 221206 (exclusivo para pessoas com deficiência auditiva)

INFORMAÇÕES IMPORTANTES:

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

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

A Circular SUSEP[1] nº 445/12, que trata da prevenção à lavagem de dinheiro no mercado segurador, determina que todas as Seguradoras são obrigadas a constituir cadastro das pessoas envolvidas no pagamento de indenizações. Este cadastro deve conter, além dos documentos de identificação pessoal, informações acerca da profissão e da faixa de renda mensal, além da respectiva documentação comprobatória.

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

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

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

Pelo exposto, eu LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES inscrito (a) no CPF nº 294.316.382-15, na qualidade de Procurador (a) / Intermediário (a) do Beneficiário **REGINALDO ANDRADE DUARTE** inscrito(a) no CPF sob o nº **015.002.742-75** .do sinistro de DPVAT cobertura **INVALIDEZ** da vítima **REGINALDO ANDRADE DUARTE** inscrito (a) no CPF sob nº **015.002.742-75** , conforme determinação da Circular Susep 445/12:

☐ Declaro Profissão:_____Renda:_____e apresento os documentos comprobatórios:

_____.

☒ Recuso informar

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

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

Endereço RUA SD.PM.JACINTO JOSÉ DE SANTANA SILVA		Número 359	Complemento
Bairro CARANÃ	Cidade BOA VISTA	Estado RR	CEP 69.313-572
Email luanna.souzza71@hotmail.com	Telefone comercialDDD)	Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367	

Boa Vista-RR, 02/12/19

Local e Data

Assinatura do Declarante

19/2/2019

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

FICHA DE ATENDIMENTO

NOTA 10 - 4

Nome	Data Nascimento	Cor	CNS	CPF	Prontuário
EGINALDO ANDRADE DUARTE	02/01/1991	20 A S/M 18 D	702800184153968	015002742T5	00145060
Sexo: M	Estado Civil: SOLTEIR	Raça/Cor: PARDA	Naturalidade: BOA VISTA - RR	Nacionalidade: BRASIL BRA	
Pai: RENATO DUARTE BEZERRA			Contato: (95) 99164-6204		
Mãe: DINALVA ANDRADE DUARTE				Ocupação: CARREGADOR	
Endereço: UA - ANTONIO MOREIRA DE MORAES - 366 - ALVORADA - BOA VISTA - RR					

Identidade: 3604573

Plano Convênio: SUS - SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE

Nº do Cartão:

Validade: Autorização: Sit. Portaria:

Acidente de Atendimento: ACIDENTE DE MOTO

Cartão de Atendimento: URGÊNCIA

Tipo de Chegada: SAMU CAPITAL

Procedência: Tipo: Porta: Processo:

Procedimento: Registrado por: CLAUDECI RODRIGUES

Queixa Principal: Sinais Febre: Sintomático Respiratório: Suspeita de Dengue:

CAUSADO ACIDENTE

Diagnóstico de Enfermagem:

GSC: TOTAL:

Anamnese: HORA DA CONSULTA - [illegible]

Exame Físico: [illegible]

Hipótese Diagnóstica: [illegible]

SADT - Exames Complementares: ( ) RAIO-X ( ) ULTRA SON ( ) ECG ( ) SANGUE ( ) URINA ( ) FEZES ( ) OUTROS:

PRESCRIÇÃO	APRAZAMENTO	OBSERVAÇÃO
[illegible]		

ENCAMINHO PA SANDOPETRA

Conduta:
( ) Alta por Decisão Médica
( ) Alta a Pedido
( ) Alta a Revisão
( ) Transferência para: ____
( ) Ambulatorio
( ) Observação (Leito Dia)
( ) Internação
Data e Hora da Saída: ____

Óbito: Antes do 1º Atendimento? ( ) Sim ( ) Não Destino: ( ) Fortaleza ( ) IML Anexo da Polícia

Assinatura do Paciente ou Responsável

Carimbo e Assinatura do Médico

Dr. Jorge Barros Freitas
Médico
CRM-RR 2084

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
AV. PRES. SARNEY, S/N
Nova Floresta - Tel. (95) 3623-9000
AUTENTICO
22 SET 2019
Apresente este documento e o original junto à recepção do hospital

Impresso por: claudeci rodrigues
Data Hora: 19/02/2019 19:20:57

10.102.5.252 8/8/NISAN/34/43782/19A DEFA-02/F 0693-0E-/RUTC10E1.html

17

Paciente [illegible] de politrauma grave acidente de moto

SIF - [illegible] Coxa direita

Radiografia fratura de fêmur e [illegible] direita.

H.D. fratura exposta de fêmur direita (c

D.D. [illegible] Choque hemorrágico

20.05h

① 1000 ml S.F 0.9% E.V (rapido)

② Tenoxicam 4mg E.V

③ dipirona 1g E.V

Dr. Kojiachi Okamoto
Medico Residente
Cirurgia Geral e Emergencia
CRM. [illegible]

BLOCO A

alta: 26/03/19

PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

H. G. R

Leonardo Machado Duarte — 1146060

702 3010 2184153 — 01/01/91

Edinalva Andrade Duarte — (95) 99164 5210

Rua Antônio Menezes Carmo, 100 Vila Amarada

Bela Vista — 14240 RR 09/07/1912

INDICAÇÃO CLÍNICA DA INTERNAÇÃO

Paciente 0 a 28 anos de idade, sexo masculino, procedente de Boa Vista

CONDIÇÃO JUSTIFICADORA DA INTERNAÇÃO

Internação Urgente

DIAGNÓSTICO PRINCIPAL DE ENTRADA (CID 10)

Histórico de Febre Tifóide

CÓDIGO CID 10

A01.0

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Internação Urgente Febre Enteroide

CÓDIGO DO PROCEDIMENTO

Dr. Elder

9/07/19

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

( ) ACIDENTE DE TRÂNSITO

( ) ACIDENTE DE TRABALHO

( ) ACIDENTE DOMÉSTICO

AUTORIZAÇÃO

Dr. Elder Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 4040

010805062 4

5724

V299

até 6-8

SW 121 °C - 12 min
134 °C - 4 min

NOME DO PACIENTE

CIRURGIÃO

2º AUXILIAR

PINÇA COMPRESSA 12 CM

PACOTES GAZE

LUVA ESTERIL

LUVAS P/ PROCEDIMENTOS

LÂMINA BISTURI Nº

DRENO DE ALGODÃO

DRENO DE LAMORA Nº

DRENO DE PENROSE

SERINGA 10 ML

SERINGA 20 ML

SERINGA 10 ML

SERINGA 20 ML

FIO CATGUT SIMPLES Nº

FIO CATGUT CROMADO

FIO SEDA Nº

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA

INSTRUMENTADOR(A)

ENFERMEIRA CIRURGIÃ

FUNCIONÁRIO DA CURGE

ENFERMEIRA DE PLANTÃO

MATERIAL MEDICAMENTOS

HOSPITAL GERAL DE BURAQUE
AV. DR. ALBERTO SANTOS DUMONT, 2475
NOVA IGUAÇU - RJ - CEP 26.215-000
AUTENTICADO
24 SET. 2019
CERTIFICO E DOU FÉ QUE A PRESENTE CÓPIA É FIEL DO ORIGINAL

Reginaldo Inácio Vicente

19.07.19

Catarata Senil Madura OD

Catarata Senil Madura OD

O mesmo

DIAGNÓSTICO CIRÚRGICO

CIRURGIÃO: Dr. Eglen

1º AUXILIAR: Dr. Odinachi

AUXILIAR: Dr. Eduardo Soares Oftalmologista CRM-MG/HR

INSTRUMENTADOR:

AUXILIAR:

ANESTESISTA:

ANESTÉSICO:

INÍCIO:

FIM:

DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

1. Paciente em D.D.H. sob anestesia
2. Asepsia e antissepsia
3. Colocação de campos estéreis
4. Lavagem mecânica subconjuntival com 10L de soro fisiológico 0,9%
5. Sutura de pálpebra
6. Colocação de fenda-cortina, bacia e
7. Curativo radiológico
8. Cirurgiões
9. R.P.A.

Dr. Odinachi Okenyi
Médico Oftalmologista
CRM-MG

207.01

FICHA DE ANESTESIA

19 07 /P

Regulido

Raquianestesia bloqueio Medular Simples sob Venoclise Endotraqueal

1. Monitorização + check list
1. Oferta de O2 em ar ambiente
2. Raquianestesia bloqueio com Agulha de Quincke Nº 26g; LCR límpido, claro; Injeção de Bupivacaína hiperbárica 0,5% 17,5mg
3. Cefazolina 1g IV
4. Dexametasona 10mg IV

Redução de Fratura de Fêmur direito

Dra. Cristiane Fernandes
Médica Cirurgiã CRM-RS 16294
Dra. Valéria Legislati CRM-RS 4084

Dr. Carlos Alberto
Residente Anestesiologia
CRM-RS 2880

Dr. Bruno Thiago C. Costa
Médico
CRM-RS 2880

5. Fentanil 5mg quando PAM ≤ 60 mmHg
6. Ranitidina 40mg IV
7. Ondansetrona 4mg IV
8. Encaminhado à SRPA

HOSPITAL GERAL DE GUARULHOS
Dr. Bruno Eduardo Gomes, SUS
Secretaria de Saúde do Município de Guarulhos
AUTENTICAÇÃO
7 A. 2019
Cartório e Serviços Notariais e Registrais
Rua Dr. Bruno Eduardo Gomes, 1000 - Centro - Guarulhos - SP

Ortopedia

Fixação interna femur (D)

150.113.8935

13.02.19

Reginaldo Andrade Duarte

01

Guilherme | Fabio Nicolau

Dados do material/Serviço

Empresa ( ) Dados Solicitante

DESCRIÇÃO DO ITEM

Lote: 008548 Código: AFX 8 650
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.:12/12/2018 Val.:12/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.633/0001-00 Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriltda.br

Lote: 008549 Código: AFX 8 650
PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R
X C X 4,5 X 200 X T

Fab.:12/12/2018 Val.:12/2023
Registro Anvisa Nº 80083650026
Material ACO INOX F138

Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.633/0001-00 Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriltda.br

Lote: 010428 Código: EOS 3 209
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEVIX SEMI R T
350 - ESTERIL

Fab.:04/01/2019 Val.:01/2024
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.633/0001-00 Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriltda.br

Lote: 008465 Código: EOS 3 200
SISTEMA DE FIXACAO OSSEA
SARTORI - LINEVIX
FEMUR/BACIA T 400 - ESTERIL

Fab.:29/10/2018 Val.:10/2023
Registro Anvisa Nº 80083650031
Material ACO INOX/ALUMINIO

Guilherme Sartori & Cia Ltda - EPP
CNPJ: 04.861.633/0001-00 Rio Claro/SP
Tel: +55 19 3538-1910 info@sartoriltda.br

Guilherme Sartori
Representante Comercial
Orthopedic Instruments

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

HGR

Nome: Reginaldo Gabriel Duarte Data: 19 / 07 / 19

Data de Nasc: 01 / 01 / 91 Idade: 28 a Setor/Leito:

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim (X) Não Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (X) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: Ressecção de tumor [illegible]

1. Informações:
Jejum: (X) Sim ( ) Não
Ostrose: ( ) Sim (X) Não
Exames: ( ) Sim (X) Não
Reserva U/S: ( ) Sim (X) Não
Lateralidade: (X) Sim ( ) Não
PNG: ( ) Sim (X) Não
Alergia: ( ) Sim ( ) Não
Qual:
Reserva de Hemoderivado: ( ) Sim (X) Não
Outros:

2. Chegou ao Centro Cirúrgico:
( ) Deambulando
(X) Cadeira
( ) Com Suporte de O2
( ) TOT
( ) Maca

3. Sinais Vitais:
T: °C
R: rpm
FC: bpm
PA: mmHg
SAT: %
( ) Regular ( ) Irregular

4. Anotações (Admissão do Paciente):

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada na Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
21:10	21:30	21:55	23:00	—

Anestesia: Raquei

Cirurgia: Ressecção tumoral

Cirurgia Realizada: Ressecção tumoral

Posicionamento: 1. Supino 2. Ventral 3. Lateral 4. Trendelenburg 5. Outros:

Localização

Hidratação Intravenosa: SF 0,9% [illegible]; SG 5%:

Medicações Intravenosas: Nome: [illegible]; Dose: [illegible]; Horário: 21:50

Hemocoagulados: CH: Plasma: Plaquetas:

Outros:

Nº de Compressas Cirúrgicas: 15
Nº de Compressas recebidas: 15

Exames no SO: ( ) Gasometria ( ) Hb ( ) Hemoglicoteste ( ) RX ( ) Glicemia ( ) Outros:

Anatomo Patológico: ( ) Não ( ) Sim
Nº Peças: ( ) Cultura ( ) Outros:

Legenda:
1. Eletrodos
2. Cautério
3. Manguito PA
4. Placa de bisturi
5. Incisão
6. Cateter O2
7. Venóclise
8. Dreno
9. SNG/SNE
10. Sonda
11. TOT (X) Não ( ) Sim Nº
12. SVD (X) Não ( ) Sim Nº
13. Outros:

Sinais Vitais: Saída do SO
T: °C R: rpm
PA: mmHg FC: bpm
SAT: %
( ) Regular ( ) Irregular

Destino: (X) SRPA ( ) UTI ( ) Outros:

Sinais Vitais

Horário	T	FC	PA	SpO2	AldRe-Te	DOR 0/10
0'		91		99%	06	0
15'						
30'						
45'						
1h						
01:30 h						

Observações:

Balanço Hídrico (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada

Hora	Medicação	Gotejo	Volume	Diurese/Coleta	Hora	SVD/Coleta	Drenos/Outros	Outros
	1000 ml							

Saída

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

19/07/19 – Paciente na SRPA em RDI. Ressecção tumoral em [illegible] direito sob anestesia raquidiana. No momento [illegible] SAT: 99%. FC: 91 bpm. [illegible] Quarto [illegible]

Enfermeira

Atualizado pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2019

ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DO INCISO

ANTES DO PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

Carlos Alberto Jr.
Residente Anestesiologia
CRM-

19.7.19

207 · 01

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH		DN
PACIENTE	Raimundo Andrade Vieira		
RONCOS			NEGA
ALERGIAS	HAS NEGA	DM2	
IDADE	58	LEITO 202-1	DATA 17/07/19

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNS
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	MANTER
3	SF 0,9% 500ml EV 8/8H	
4	DIPIRONA 2G EV 6/6H	08 04 10 16
5	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	(06) NIF
6	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV 12/12 8/8H SE DOR INTENSA	
7	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 4	10 18 (02) NIF
8	BIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO SE 8/8 H	
9	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	08 14 20 02
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/6H	10 (22) NIF no soro
11	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H	
12	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
13	SSVV + GCGG 6/6 H	00
14	CURATIVO DIÁRIO	09
15	Clexane 40mg 8.6 1x ao dia	
16		
17		
18		
19		
20		
21		

SE O PACIENTE COMPRAÇÃO COM INSULINA REGULAR (VO), CONTROLE EGLICEMIA
200-299: 2UI; 25 - 100, 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E ACIONAR O ENDOCRINOLOGISTA
DERM. CLINICO: 3 X 40 V. EV + AVISAR O ANTONIETA

Dr. Odinacio Oliveira
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia
CRM

EVOLUÇÃO MÉDICA
PACIENTE DEITADO, ORIENTADO, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, CORADO
EXAME FÍSICO: ABDOMEN ACIANÓTICO, ANICÉRICO, CORADO
ORTOPEDICO: CURATIVO
SOLICITADO: RX + COMPLETA: MANTIDA
PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA
PREVISÃO DE ALTA:

SINAIS VITAIS			
6 H	PA	FC	FR
12 H			
18 H			
24 H			

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

06 120x80 88 36,8

23:00 Recebo paciente [illegible]
[illegible]

COREN AM-81942-ENF

HOSPITAL GERAL DE ROMAN

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DIP 1960/90 DN 01/01/99

NOME DE INTERNAMENTO

PACIENTE HOSPITALIZADO SAÚDE DO ARTE

DIAGNÓSTICO PÓS-OPERATÓRIO FEMUR DISTAL D

SEXO SIM IDADE

LEITO 2 ENFERMARIA

DATA

PRESCRIÇÃO

DIETA GERAL VIAL

SOLUÇÃO DE RINGER 1000 ML EV 8/8 SIN

DIPIRONA SÓDICA EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H

DIPIRONA SÓDICA 1000ML EV DE 8/8 SE DOR INTENSA

DEXAMETASONA 01 AMP EM 100 ML SF 0,9% 20 GOTAS/MIN

SINVASTATINA 20 MG VO 1 VEZ AO DIA

CEFAZOLINA 1G EV OU VO DE 6/6H

OMEPRAZOL 40MG VO 1 VEZ AO DIA

SUBCITRATO BÁRICO

DIFENIDRAMINA 50 MG EV 1 VEZ AO DIA

TRAMADOL 100MG VO DE 6/6 SIN

DIPIRONA SÓDICA 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H

DOLOSTAN 100MG EV DE 12/12H

RE: DIABETES MELITO INSULINA REGULAR (UI) GLICOSÚRIA SULFA: PACIENTE XIII 251-300: 4U; 301-350: 6U; 351-400: 8U; 401-450: 10U; 451-500: 12U; >500: 14U; 400: 16U; GLICOSE 50% DURAL GLICOSE 40% 10 ML EV ANTIGA ANTIDIABÉTICA

DIETA:

HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA: ENALAPRIL 20MG VO DE 12/12H

ANTIBIOTICOTERAPIA: CEFALOTINA 1G EV DE 6/6H SEM SINAIS DE FLOGOSE

Dr. Augusto Cruz Conte
CRM-RR 1994
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Rogério V. P. Dias
Médico
Ortopedista/Traumatologista
CRM 1996-449 / CRR 114

HR 126-89 8C 1 37 35,00

2071

SIM

PRESCRITO

HORÁRIO

SNT

SN

SN

SN

SN

SN

Dr. Eliezer Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-GO/AR

CPM

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2015
		Paciente: Reginaldo A. Duarte		
		Leito: 207-1		Data: 10/7/19

Localização	Região: MSE Grau: I ( ) II (✓)	Região: MSD Grau: I ( ) II (✓)
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (✓) Trauma ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outros:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outros:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (✓) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros:	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros:
Pele Perilesional	(✓) Normal ( ) Maceração ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Maceração ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (✓) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 2/12 (✓) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (✓) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Renata Silva Rodrigues COREN-SP 1[illegible]	Renata Silva Rodrigues COREN-SP [illegible]
Observações:		

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

DATA DE ADMISSÃO: DH: 19/07/2019 DN: 01/01/1991
PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIAS: HAS: SIM DM2:
IDADE: 26 LEITO: 207-1 DATA: 22/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SUS
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SUS
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H	SUS
4	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 6/6H SE DOR INTENSA	SUS
5	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG	
6	SSVV + GOGO 6/6H	
7	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
9	CURATIVO DIÁRIO	
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
11	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	
13	TILATIL 20MG EV DE 12/12H	
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 O GLICOSE ≤ 70 DU/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, ORIENTADO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORÁDICO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, FO S/M SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITAÇÃO E CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H	PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO			
12 H	120x80	84		36,5°C
18 H	160x73	84	20	36,4
24 H				

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1504
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Ch. Verificados SSVV e administrados os
dipirona C.P.M.

Elaborada: 02/2013 | Atualizada: [illegible]

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – NETR

Protocolo nº 1 | Versão:08

Paciente: Reginaldo A. Oliveira

Leito: 207-1

Data: 22/07/19

Região: P.T.D

Grau: I ( ) II (X) III (X)

( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular

( ) Trauma ( ) Tração (X) Fixador Externo ( ) Ortopedia

( ) Outro:

( ) Necrose: Amarela ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização

( ) Ferida Fechada ( ) Dreno de Sonda ( ) [illegible]

(X) Normal ( ) Maceração ( ) Edema ( ) Calor / Rubor

( ) Outro:

( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Seroassanguinolento ( ) Seco

( ) Outro:

(X) Melhora ( ) Úlcera ( ) Seca

(X) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%

(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel

( ) Outro: Gaze com [illegible]

( ) 12/12 (X) Diária ( ) 48/48h

Região: M.S.E

Grau: I ( ) II (X) III (X)

( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular

(X) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia

(X) Outro: Escoriação

(X) Necrose: Amarela (X) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização

( ) Ferida Fechada ( ) Dreno de Sonda ( ) [illegible]

(X) Normal ( ) Maceração ( ) Edema ( ) Calor / Rubor

( ) Outro:

( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroassanguinolento

( ) Outro:

( ) Melhora (X) Úlcera ( ) Seca

(X) Soro fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%

( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel

( ) Outro:

( ) 12/12 ( ) Diária ( ) 48/48h

Nome: [illegible]
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 0[illegible]

Nome: [illegible]
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 0[illegible]

Nome: [illegible]
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 0[illegible]

Nome: [illegible]
Técnico de Enfermagem
COREN-RR 0[illegible]

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

DIH 19/07/2019 DN 01/01/1991

DATA DE ADMISSÃO
PACIENTE REGINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIAS
IDADE 28
LEITO 207-1
DATA 22/07/2019
HORÁRIO

ITEM	PRESCRIÇÃO	
1	DIETA ORAL LIVRE	SVO
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SV
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H	
4	TRAMAL 100MG + SFO 0% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SV
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SV
10	SSVV + GLICOSE 6/6 H	
11	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	
12	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
13	CURATIVO DIÁRIO	
15	CEFAZOLINA 1G EV DE 8/8H SN	
16	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
17	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	
18	TRAMAL 20MG EV DE 12/12H	
19		SV
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), 100 UI/ML 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, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, FO SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO E CONDUTA:
PRESCRIÇÃO DE CIRURGIA

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	15x/10	89		36
18 H				
24 H	14x/96	90		36.3

08:00 h
PA: 12x/79
FC: 83
T: 36,0

12:00 Paciente estável no leito medicações administradas c.p.m. sem queixas durante o plantão

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo: 1	Versão:08
		Paciente: Reginaldo A. Duarte	Data: 23/07/49
		Leito: 227-I	

Localização	Região: MID	Região:
Etiologia	Grau: I ( ) II (✓) ( ) I.PP ( ) II (III IV ?? ( ) Queimadura (✓) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração (✓) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	Grau: I ( ) II ( ) ( ) I.PP ( ) II (III IV ?? ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (✓) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ___	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ___
Pele Perilesional	(✓) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: ___	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro: ___
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: ___	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro: ___
Quantidade de Exudato	(✓) Moderado ( ) Elevado ( ) Seco	( ) Moderado ( ) Elevado ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: ___	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro: ___
Troca	( )12/12 (✓)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	[illegible]	
Observações		

Versão:08 | Elaborada: 02/2013

HGR

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR

Protocolo nº 1

Paciente: Reginaldo A. Duarte

Leito: 207 - 1

Data: 23/07/19

Localização	Região MSE (mão)	Região MSD (mão)
Etiologia	Grau: I ( ) II (✓)	Grau: I (✓) II ( )
Aparência do Leito	LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (✓) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:	LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (✓) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Pele Perilesional	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo (✓) Granulação ( ) Epitelização (✓) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ___	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (✓) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ___
Tipo de Exudato	(✓) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	(✓) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Quantidade de Exudato	( ) Purulento (✓) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguinoso ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguinoso (✓) Seco ( ) Outro:
Solução de Limpeza	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido (✓) Seco
Cobertura primária	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Troca	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (✓) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
	( ) 12/12 (✓) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (✓) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	[illegible]	Teresa Alves Nota [illegible] / [illegible]
Observações		

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte | Sexo: Masculino | Nasc: 01/07/1991 | Idade: 28 ANOS

Solicitação: 20113171 | Núm. no Interno: | Solicitante: | Leito: 207-1

Origem: UCR | Setor: P. CCO B

Data de Emissão: 22/07/2019 22:06 | Recebimento:

Resultado do Exame

Amostra: 201102702

DOSAGEM DE CREATININA

Material: SORO
Metodologia: M17 - Cinético Picrato Alcalino

	Resultado	Referência
CREATININA	1.02 mg/dL	0.7 - 1.4 mg/dL

Notas

A creatinina deve ser avaliada por tendência, pois sofre ação de fatores não relacionados à função renal. Para os casos de insuficiência renal, recomenda-se um jejum mínimo de 4 horas.

DOSAGEM DE URÉIA SÉRICA

Material: SORO
Metodologia: M17 - Cinético Urease

	Resultado	Referência
UREIA	29.83 mg/dL	15.0 - 40.0 mg/dL

PCR - DETERMINAÇÃO QUANTITATIVA DE PROTEÍNA C REATIVA

Material: SORO
Metodologia: M22 - Turbidimetria

	Resultado	Referência
PROTEINA C REATIVA	81.64 mg/L	0.0 - 5.0 mg/L

Responsável Técnico: [illegible]
CRF [illegible]

Resultado liberado

GOVERNO DE PERNAMBUCO

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte | Sexo: Masculino | Nasc: 01/01/1991 | Idade: 26 ANO

Solicitação: 20/10/2[illegible] | Número Interno: | Solicitante: | Leito: 207-1

Origem: UCI | Setor: 31000 [illegible]

Data de Entrada: [illegible] | Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 20/[illegible]

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: PLASMA

Metodologia: MS: [illegible] (Sysmex PCS)

	Resultado	Referência
TEMPO DE PROTROMBINA	12,60 seg	10,0 - 14,0 seg
RNI	0,90	0,8 - 1,2
TEMPO DE TROMBOPLASTINA PARCIAL ATIVADA	31,00 seg	25,0 - 38,0 seg
RATIO	1,14	0,75 - 1,27

Notas

1) Nível de Laboratório: [illegible] as amostras destinadas para a rotina do coagulograma e por esta razão não pode garantir a etapa pré-analítica.

[illegible]

[illegible]

Responsável Técnico

Página 1 de 1

Sexo: Masculino | Nasc: 01/01/1921 | Idade: 28 ANO

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte

Solicitação: 20115[illegible] | Solicitante: | Leito: 207-[illegible]

Origem: [illegible] | Setor: 3UCCO [illegible]

Data de Entrada: [illegible] | Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: [illegible]

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Material: SORO Metodologia: [illegible]	Resultado	Referência
TESTE RÁPIDO [illegible]	Não Reagente	NÃO REAGENTE
CONCLUSÃO [illegible]	AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA INFECÇÃO PELO HIV	AMOSTRA NÃO REAGENTE

Notas

Este exame foi realizado com o fluxograma da [illegible] para o diagnóstico laboratorial da infecção pelo HIV, aprovado pela portaria nº 29 do Ministério da Saúde de 2013.

[illegible] Elisa [illegible] HIV realizados pelo Núcleo de Laboratório das Unidades [illegible] Elisa [illegible] Tri-Dot [illegible] lote 0211 [illegible] Quimiluminescência "Elecsys" do lote 179810012 com [illegible]

O diagnóstico Não Reagente [illegible] da infecção pelo HIV no período [illegible] não descarta a possibilidade da infecção, devendo ser repetido após 30 dias [illegible] da infecção pelo HIV.

Resultados com [illegible] testes rápidos devem ser confirmados por meio da realização de [illegible] viral no exame de CARGA VIRAL [illegible]

Resultados REAGENTE para infecção pelo HIV no TR [illegible] NÃO REAGENTE no ELISA não podem ser aceitos no esquema diagnóstico [illegible] REAGENTE para infecção pelo HIV [illegible] deverão ser encaminhados [illegible] Diagnóstico como INCONC USIVO para [illegible] nova solicitação para submissão ao FLUXOGRAMA DIAGNÓSTICO PARA HIV.

Quando a indefinição [illegible] pelo fluxograma [illegible] sugerindo nova solicitação para submissão ao FLUXOGRAMA DIAGNÓSTICO PARA HIV.

Não existe [illegible] de infecção pelo HIV [illegible] de sensibilidade e especificidade, sendo [illegible] pelo [illegible] Negativo. Falso positivo [illegible] Diagnósticos [illegible] laboratorial

[illegible]

Responsável [illegible]

GOVERNO DE MORAIS

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte | Sexo: Masculino | Nasc: [illegible] | Idade: 28 ANO

Solicitação: [illegible] | Número Interno: | Solicitante: | Leito: [illegible]

Origem: [illegible] | Setor: BLOCO B

Data da Emissão: [illegible] | Requisitante:

Resultado de Exame

Amostra: [illegible]

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: [illegible]

	Resultado	Referência
LEUCOGRAMA		
LEUCÓCITOS	7.17 x10³/uL	4.0 - 10.0 x10³/uL
NEUTRÓFILOS	68.50 %	50.0 - 70.0 %
LINFÓCITOS	20.70 %	20.0 - 40.0 %
MONÓCITOS	4.50 %	2.0 - 12.0 %
EOSINÓFILOS	5.50 %	0.5 - 5.0 %
BASÓFILOS	0.70 %	0.0 - 1.0 %
ERITROGRAMA		
ERITRÓCITOS	1.93 x10⁶/uL	4.22 - 5.57 x10⁶/uL
HEMOGLOBINA	5.70 g/dL	13.0 - 18.0 g/dL
HEMATÓCRITO	17.30 %	40.0 - 52.0 %
VCM	89.40 ugl³	87.0 - 103.0 ugl³
HCM	29.50 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	33.00 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	11.90 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	49.30 fL	35.0 - 56.0 fL
TROMBOGRAMA		
PLAQUETAS	94.00 x10³/uL	150.0 - 400.0 x10³/uL
VPM	10.90 fL	6.5 - 12.0 fL
PDW	17.30	9.0 - 17.0
ADP	0.102 %	1.00 - 2.82 %
PCT		

Data: [illegible]

Responsável Técnico: [illegible]

Data: [illegible]

Liberado

Página [illegible]

[illegible] 08/07/2019 [illegible]

GOVERNO DE MINAS GERAIS

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte

Solicitação: [illegible] Número Interno:

Origem: [illegible]

Data de Emissão: [illegible]

Sexo: Masculino

Solicitante:

Setor: [illegible]

Recebimento:

Nasc: [illegible]

Idade: 78 ANOS

Leito: [illegible]

Resultado de Exame

Responsável Técnico

Responsável

CRM [illegible]

Pesquisado

Página 1 de 2

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

DATA DE ADMISSÃO | DIH | 19/07/2019 | DN | 01/01/1991
PACIENTE | RONALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO | FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIAS | HAS | SIM | DM2
IDADE | 28 | LEITO | 207 A | DATA | 24/07/2019
TFM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO

1	DIETA GRAL LIVRE	SND
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SN
8	DIPIRONA 500MG LV DU 40 GOTAS VO DE 6/6	SN
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DL 6/6H SE DOR INTENSA	SN
10	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	ESOMEPRAZOL 40MG EV DL 12/12H	
12	CLINDAMICINA 600MG LV DU VO DE 6/6H	
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15	ENOXAPARINA 40MG SC 1X AO DIA	
16	TRAMAL 100MG VO DL 8/8H SN	
17	CIPROFLOXACINO 400MG LV OU 500MG VO DL 12/12H	
18	TENOXICAM 20MG EV DE 12/12H	
19		
20	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200/250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE 5% 70 GTS/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA SEM A DIETA.

#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EVOLUIDO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE

#SOLICITADO: #CONDUTA

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
PREVISTA PARA SEMANA SEGUINTE

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H	12 8/7	110	22	36,3
12 H	12 8/7	110	21	36
18 H	12 8/7	80		36,6
24 H	12/7	80		

Dr. Augusto Cavalcante
CRM RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

065, PA 130x90
P. 98
T. 35,9°C

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

DATA DE ADMISSÃO | DIH | 18/07/2019 | DN | 01/01/1991
PACIENTE: RENALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIAS | HAS | SIM | DM2
IDADE: 38 | LEITO | 207-1 | DATA | 25/07/2019
ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO

DIETA ORAL LIVRE
METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN
DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H
TRAMADOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA
CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG
SEVV + COGO 6/6 H
CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H
OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA
CURATIVO DIÁRIO
CEFEXIM 400MG VO 1X AO DIA
TRAMADOL 100MG VO DE 8/8H SN
CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H
TENOXAM 20MG EV DE 12/12H
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 DIVIL GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR P/ ANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COMPUNCTAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.
#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE CURATIVO TRAUMATICO DIÁRIO, SEM SINAIS DE FLOGOSE

#SOLICITAÇÃO - #CONDUTA:

PROPEDÊUTICA CIRÚRGICA
APRESENTAR A TAXA DE HEMATOCRITO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Augusto Cavalcante
CRM RR 2964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

17:30 hs. Paciente R U P M-S
D. [illegible] com lesão
[illegible] realizado sedação
[illegible] 8-13-16 e SNV
C.P. [illegible]

Dr. Pedro Giovanni
Ortopedista Traumatologista
CRM-RR 1064 - FAL DRA

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protoco. 1	Versão:08
		Paciente: Reginaldo A. Duarte	Data: 25/07/19
		Leito: 207-1	

Localização		Região: MZD	Região:
		Grau: I (X) II (X)	Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Trauma: ___ Tração ___ ( ) Outro:	( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros:		( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros ___
Pele Adjacente	(X) Normal ( ) Macerada ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outros:		( ) Normal ( ) Macerada ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro		( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	(X) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco		( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%		( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:		( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h		( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	Carlos Eduardo Pereira Lourenço COREN-PE 157251 - TE		
Observação:			

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	19/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM?	
IDADE	28	LEITO	207-1	DATA	27/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
8	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H S/N	
9	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	
19		
20		

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

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO: # CONDUTA:

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
PREVISÃO DE ALTA SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H	140x90	81		36°C
12 H	130x90	78		36,1°C
18 H	120/60	84		36,2°C
24 H	07H 100/60	75		36°C

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Thaís Pereira Silva
COREN-RR 799 581-TE

Dr. Pedro De Oliveira

Tratar AVP, Es 2 dias.

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

DATA DE ADMISSÃO | DIH 19/07/2019 | DN 01/01/1991

PACIENTE REGINALDO ANDRADE DUARTE

DIAGNÓSTICO FA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIAS | PAS | SIW | DM2

IDADE 28 | LEITO 207-A | DATA 28/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL VRL	SVL
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	
3	CIPROFLOXACINA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H SN	
4	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 6/6H SE DOR INTENSA	
5	HAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG	
11	SSVV + CCGG 6/6 H	
12	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 8/8H	
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	
19		
20		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 201-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; >400: 10UI E OU JG GOSE + 40 ml/ML GLICOSE 50% 40 ml EV – AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA.

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, ACHIC, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE

Dr. Elmer Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM 1229/RR

SOLICITADO. CONVIDADA

PROGRAMAÇÃO CIRURGICA
ENFERMARIA LEITO SALA REVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H	120x80	79	
12 H	110x70	88	
18 H	120x80	84	
24 H			

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Reginaldo A. Duarte		
		Leito: 207-2	Data: 28/07/19	

Localização	Região: M.I.D. Grau: I (X) II (X)	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : __ Tração __ Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : __ Tração __ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros__	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização ( )Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( ) Normal (X)Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolenta ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 ( )Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:		
Observações:		

208-2

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

DATA DE ADMISSÃO | DIH 19/07/2019 | DN 01/01/1991
PACIENTE REGINAL DO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO X EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	23	LEITO	~~[illegible]~~	DATA	29/07/2019

DIA	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SN
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
4	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SN DOR INTENSA	SN
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
6	SSVV - DCGG 6/6 H	
10	CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 6/6H	
14	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
18	CEFEPIMA + TAZOBACTAM 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	
#		
25		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥400: 10UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMACIAS. NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7, APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1

AEXAM: FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, ECTOSCOPIA, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

INTERCORRÊNCIA CONDUTA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	PROGRAMAÇÃO DE ALTA	CIRURGIA SUBMETIDA		
18 H				
24 H	130x80	90		36°C

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

PA: 135/91
FC: 80 T: 36.5°C
[illegible]

Não tem ordem para [illegible] (VO e ev) na farmácia
[illegible]
SEM EFEITO

HGR	**Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR**	**Protocolo nº 1**	**Versão:08**	**Elaborada: 02/2013** | **Atualizada: 12/2018**
		Paciente: Reginaldo Andrade Alvarte		
		Leito: 208-2		**Data:** 29/07/2019

Localização	Região: MSD Grau: I ( ) II (X)	Região: MSD Grau: I (X) II ( )
Etiologia	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( )Trauma : Tração (X) Fixador Externo ( )ortopedia ( ) Outro:	( )LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma : Tração (X) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outras	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( )Granulação ( ) Epitelização (X)Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( )Macerado ( )Seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:	(X) Normal ( )Macerado ( )seca ( )Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguineo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguineo (X) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h	( )12/12 (X)Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	Kerolle Silva Rodrigues COREN [illegible]	Kerolle Silva Rodrigues COREN [illegible]
Observações:		

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

DATA DE ADMISSÃO	DIH	19/07/2019	DN	01/01/1991

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE
AGENTE: FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIA:

	HAS	SIM	DM2
IDADE: 28	LEITO	208-2	DATA: 31/07/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SND
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	12/24/18/5
4	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA	SN
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
6	SSVV + COGG 6/6 H	
7	TRAMAL 100MG VO DE 6/8H SN	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
9	CURATIVO DIÁRIO	Diário
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
11		
12		
13		
14		
15	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	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS. ACEITA BEM A DIETA. DIA DE 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5,7. APÓS TRANSFUSÃO HB 8,5 E R.

AO EXAME FÍSICO: LUCIDO, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HEMODINAMICAMENTE ESTÁVEL, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

ASSINATURA E CONDUTA

SINAIS VITAIS

	FA	FC	FR	
8 H	12x8	72	12	35,6
24 H	120x70	92		36,2

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Vitor Montenegro
Traumato - Ortopedia
CRM-RR 1405

Dr. Carlos Roberto
Cirurgião Ortopedista

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/07/2019	DN	01/01/1991

PACIENTE: ENEGINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIA:		HAS	SIM	DM2	
IDADE	25	LEITO	208-2	DATA	01/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNAD
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
4	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
6	SSVV + GCGS 6/6 H	APROXIMADAMENTE
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	6h
9	CURATIVO DIÁRIO	CURATIVO
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	18h
11	RETIRAR OS PONTOS DA MÃO E DA PERNA	RETIRAR
12		
13		
14		
15		
	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	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM CONDIÇÕES CLINICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA 06/ 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS. NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7 . APÓS TRANSFUSÃO HB D. 8.1

#EXAME FÍSICO : HEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO , PULSOS PERIFERICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE .

#HOJE CASO: 2 CONDUTA:

SINAIS VITAIS					
6 H	VA	FC	FR		Dr Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
12 H	#PREPARAÇÃO DE CIRURGIA				
18 H	#PREVISÃO DE ALTA	SEM PREVISÃO			
24 H	136, 80	65		35,5	

10h 135,5 / PA: 85/69

Ch. Residente ciente. Opinião Ortopedia
[illegible] TE. [illegible]

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº	Versão:08	Elaborada: 02/2015	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Reginaldo Andrade Duarte			
	Leito: 208-2		Data: 01/08/2019	

Localização	Região: MIE Grau II	Região: MIE e DMA Grau II
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___Tração ___ Fixador Externo (X) Ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___Tração ___ Fixador Externo (X) Ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda (X) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda (X) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido (X) Seco	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	COREN-[illegible]	Gerala [illegible] COREN-[illegible] / COREN-[illegible]

Observações:

208

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	19/07/2019	DN	01/01/1991

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
CIRURGIA: | HAS | SIM | DM2 |
LEITO: 28 | LEITO | 208-2 | DATA | 02/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL - VRF	SVD
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
8	DIPIRONA 500MG EV OU 43 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
9	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	SSVV + CGSG 6/6 H	
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17	RETIRAR OS PONTOS DA MÃO E DA PERNA	
18		
19		
20		SN
	SE HIPERGLICEMIA 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 DIAM, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

REENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS. NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB 10.7.

AO EXAME FÍSICO: BCG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE DRAGÃO TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITADO A CONDUTA:

SINAIS VITAIS

H	PA	FC	FR	T
PRÉ-CIRURGIA				
12	134/45	70	—	36.2
17 18 H	130/77	78		36.2
24 H				
SH	110/80	70	—	36°C

Dr. Anderson Cavalcante
CRM RR 1984
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Bruno Fernandes dos Santos
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1047

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

Dia: Data: Enfermaria: Leito: 305-2

Nome Completo: [illegible] DN: [illegible] Sexo: ( ) F (X) M

Hipótese Diagnóstica:

Acompanhamento Ambulatorial: ( ) Sim (X) Não ( ) Cadeira ( ) Cadeira ( ) Cadeira - acessor ( ) Cadeira - perdigotos

Alergia: ( ) Sim (X) Não Qual/Is:

Necessidade de Isolamento: ( ) Sim ( ) Não Qual/Is:

Deambulação/Locomoção: (X) Sim ( ) Não Uso:

Estado Geral: ( ) Normal ( ) Sem deambulação (X) Acamado ( ) Cadeira de rodas ( ) Fraco ( ) Comprometido/Gravíssimo

SISTEMA NEUROLÓGICO

(X) Consciente (X) Orientado ( ) Desorientado
( ) Sedado ( ) Confuso ( ) Confusão
( ) Letargia ( ) Resposta a estímulos ( ) Não resposta

SISTEMA CARDIOVASCULAR

( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC: ___
( ) Normotenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: ___
( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arritmico Pulso:

PUPILAS

(X) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Midríticas
( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

(X) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT
Aceitação da dieta: (X) Sim ( ) Não ( ) Parcial
Intolerância: (X) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia
(X) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena
( ) Vômito (X) Presente ( ) Ausente

REGULAÇÃO TÉRMICA

( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico
( ) Febril ( ) Pulsátil ( ) Frio
( ) Hipotermia

REGULAÇÃO ABDOMINAL

(X) Não distendido ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido
( ) Ascítico (X) Macico ( ) Timpânico
Ruídos Hidroaéreos: (X) Presente ( ) Ausente
Drenagem nasogástrica: ( ) Sim (X) Não FC: ( ) Sim ( ) Não

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada
(X) Normocórnica ( ) Hipocrômica ( ) Hipercrômica
( ) Acianótica ( ) Icterícia ( ) Pálida
( ) Acromática ( ) Edema Local: ___
Ferimento operatório: ( ) Sim (X) Não
Região: ___
Curativo realizado: ( ) Sim (X) Não FD: ( ) Sim ( ) Não

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

(X) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria
( ) Poliúria ( ) Dor/Ardor ( ) Gotejamento ( ) Hematúria
( ) Gotejamento ( ) Irrigação contínua ( ) Grande

SISTEMA RESPIRATÓRIO

( ) Normópneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ortopneico ( ) Traqueostomia
Oxigenoterapia: ( ) Sim ( ) Não Qual:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/TUBOS E PRÓTESES

Cateter Periférico: (X) Sim ( ) Não Local: MSD Data: 32/07 Trocar em: 04/08
Cateter Central: ( ) Sim (X) Não Local: ___ Data da inserção: ___ Trocar em: ___
Sinais de infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não
Sondas: ( ) Sim (X) Não ( ) SNG ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Drenagem ( ) Sondagem
Drenos: ___ Aspecto da secreção: ___ Quantidade: ___
Cateter Vesical: ( ) Sim (X) Não Data da instalação: ___ Trocar em: ___
Próteses: ( ) Sim (X) Não Tipo: ___ Local: ___

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

( ) Débito Cardíaco Prejudicado
( ) Risco de infecção
( ) Risco de Instabilidade Glicêmica
( ) Risco de glicemia instável
( ) Risco de desequilíbrio do volume
( ) Volume de líquidos excessivo
( ) Volume de líquidos deficiente
( ) Padrão respiratório ineficaz
( ) Ventilação espontânea prejudicada
(X) Mobilidade física prejudicada
(X) Risco de integridade da pele prejudicada
( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
(X) Padrão de sono prejudicado
( ) Déficit no autocuidado para higiene
(X) Risco de Lesão por Pressão
( ) Risco de Quedas
( ) Risco de Broncoaspiração
( ) Eliminação urinária prejudicada
( ) Risco de constipação
( ) Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Quedas
Não 0
Sim 25

2. Diagnóstico Secundário
Não 0
Sim 15

3. Auxílio na Deambulação
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0
Muleta/Bengala/Andador 15
Mobiliário Parede 30

4. Terapia Endovenosa/dispositivo salinizado
Não 0
Sim 20

5. Marcha/Deambulação
Normal/Sem deambulação/Acamado 0
Fraca 10
Comprometida/Cambaleante 20

6. Estado Mental
Orientado/Imbecis/conhece as limitações 0
Superestima capacidade/Esquece limitação 15

TOTAL: (X) Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45 ___

Prescrição para prevenção de quedas e/ou seus

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	18/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FRAT EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	03/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SNVD
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN 14:30
4	TRAMADOL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
6	NOVV + CCGG 6/6 H	
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
9	CURATIVO DIARIO	Curativo
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
11	RETIRAR OS PONTOS DA MÃO E DA PERNA	Curativo
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML: GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1

EXAME FISICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SINAIS VITAIS					SOLICITAÇÕES / CONDUTA
12	150/99	78	22	33	Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia
18 H	110/72	90	16	34,8	
24 h	[illegible]	60	22	35,8	

Dr. Fernando C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Joelho
CRM-RR [illegible] 14272

NEUROLOGISTA PLANTÃO
CORENMR [illegible] - TE

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

DATA DA ADMISSÃO		DIH	18/07/2019	DN	01/01/1991

PACIENTE: ERISNALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL D

ALERGIA		PAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	04/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SVD
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SU
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SU
4	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SU 16 06:35
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG	SU
6	SSVV + GCGS 3/3 H	3/3 H
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SU
8	RIVAROXABAN 10MG VO 1X AO DIA	06
9	LORATIVO DIÁRIO	[illegible]
10	ENOXAPARINA 40MG SC 1X AO DIA	16
11		
12		
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. E OU GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 50% 40 ML EV = AVISAR PLANTONISTA	SU

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BLM A INFO. DIA DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5,7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,3

#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXador TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE

Dr. Augusto Cavalcante Soares
Ortopedista Traumatologista
CRM-RR 1964

#DIAGNÓSTICO / CONDUTA:

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H	130/81	67	16	35,9

PROGRAMAÇÃO CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

06:00 [illegible] 13:00 [illegible] 16:00 [illegible] 18:00 [illegible] 20:00

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

Leito:

Sexo: ( ) F ( ) M

Hipóteses Diagnósticas:

Sinais de Desidratação: ( ) Sim ( ) Não ( ) Palidez ( ) Cansaço ( ) Sonolência ( ) Sede ( ) Olhos perdigotos

Alergia: ( ) Sim ( ) Não Qual?

Necessita de Intérprete? ( ) Sim ( ) Não Qual Idioma:

Dor: ( ) Sim ( ) Não

Pele: ( ) Normal ( ) Seca ( ) Desidratada ( ) Edemaciada ( ) Pálida ( ) Corada ( ) Cianótica/Cambaleante

SISTEMA NEUROLÓGICO

( ) Orientado ( ) Desorientado

( ) Sonolento ( ) Letargia

( ) Coma ( ) Reflexo ( ) Não reflexo

SISTEMA CARDIOVASCULAR

( ) Ritmo cardíaco ( ) Bradicardia ( ) Taquicardia BC:

( ) Hipertensão ( ) Hipotensão ( ) Ortostatismo PA:

( ) Pulso Cheio ( ) Filiforme ( ) Arrítmico Pulso:

FURICAL

( ) Hipertrofia ( ) Fístulas ( ) Mastectomia

( ) Nódulos ( ) Anticoncepcional ( ) Não respondeu

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

( ) Nado ( ) SNG/SOG ( ) SNG/NOI ( ) GTT ( ) NPT

Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Perda

( ) Vômito ( ) Náusea ( ) Colostomia

( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena

( ) Presente ( ) Ausente

EVACUAÇÃO TERMINAL

( ) Hipotérmico ( ) Normotérmico

( ) Febre ( ) Calafrio

Sinais de Infecção:

AUSCULTAÇÃO ABDOMINAL

( ) Normoperistaltico ( ) Hiperperistaltico ( ) Globoso ( ) Flácido

( ) Acídico ( ) Alcalino ( ) Timpânico

Ruídos hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente

Volume regular: ( ) Sim ( ) Não HD: ( ) Sim ( ) Não

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Hidratada ( ) Desidratada ( ) Ressecada

( ) Hipocorada ( ) Hipotrofiada ( ) Hipocrômica

( ) Normotérmica ( ) Febrícita ( ) Cianótica

( ) Normotérmica ( ) Lesão Local:

Sinais de Infecção: ( ) Sim ( ) Não

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

Drenos: ( ) Sim ( ) Não ( ) SNG ( ) SCG ( ) SNE ( ) SDE ( ) CTI ( ) Lavagem ( ) Drenagem

Quantos:

Aspecto da secreção: Quantidade:

Curativo Vedado: ( ) Sim ( ) Não Data da instalação: Trocar em:

Dia: ( ) Sim ( ) Não Dia: Local:

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

( ) Espontânea ( ) SVD ( ) Fralda ( ) Oligúria

( ) Polaciúria ( ) Dysúria ( ) Colúria ( ) Hematúria

( ) Urgência ( ) Incontinência contínua ( ) Uropen.

SISTEMA RESPIRATÓRIO

( ) Simétrico ( ) Assimétrico ( ) Regular ( ) Irregular ( ) Dispnéia ( ) Traqueostomia

Qual:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/PRÓTESES/ÓRTESES E PRÓTESES

Cateter Periférico: ( ) Sim ( ) Não Local: MSE Data: 03/08/19 Trocar em:

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

DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM

( ) Eliminação Prejudicada

( ) Risco de Infecção

( ) Dor de origem desconhecida

( ) Risco de Glicemia instável

( ) Risco de Desequilíbrio de volume

( ) Volume de líquidos excessivo

( ) Volume de líquidos deficiente

( ) Padrão respiratório ineficaz

( ) Ventilação ou troca prejudicada

( ) Mobilidade física prejudicada

( ) Risco de integridade da pele prejudicada

( ) Risco de desequilíbrio da temperatura corporal

( ) Perfusão de sono prejudicada

( ) Déficit no autocuidado para Higiene

( ) Risco de Lesão por Pressão

( ) Risco de Quedas

( ) Risco de Bronboaspiração

( ) Eliminação urinária prejudicada

( ) Risco de constipação

( ) Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Queda no último mês: 0 Não / 25 Sim

2. Diagnóstico secundário: 0 Não / 15 Sim

3. Auxílio na Deambulação: 0 Normal/Sem deambulação/Acamado / 15 Fraca / 20 Comprometida/Cambaleante

4. Marcha/Deambulação: 0 Normal/Sem deambulação/Acamado / 10 Fraca / 20 Comprometida/Cambaleante

5. Estado Mental: 0 Orientado/Inconsciente/Capaz de tomar decisões / 15 Superestima capacidade/Desconhecimento da limitação

6. Acessórios de Locomoção: 0 Nenhum/Acamado/Auxílio / 15 Muleta/Bengala/Andador / 30 Cadeira de Rodas

TOTAL: Risco Baixo: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior ou igual a 45

Prescrição para prevenção de quedas no leito:

Denis Brandão

Enfermeira

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo n.º 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: Reginaldo Andrade Duarte		
		Leito: 208-2	Data: 04 / 08 / 2019	

Localização	Região: [illegible] Grau: I ( ) II (✓)	Região: _____ Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura (✓) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: Tração ___ Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento (✓) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exudato	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(✓) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (✓) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento:	[illegible]	
Observações:		

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	10/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
Nº FAGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	05/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	S/N D
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	S/N
4	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
11	SSVV + GCOC 6/6 H	
12	TRAMAL 100MG VO DL 8/8H SN	S/N
13	CARBEDILOL 40MG VO 1X AO DIA	
16	CURATIVO DIÁRIO	
18	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17		
14		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: **10 UI** E OU GLICOSE ≤ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	S/N

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7, APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.2

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

CONDUTA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				
12 H				
18 H	12/4	72	18	36,2
24 H				

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Augusto Cavalcante
CRM RR 1564
Residente de Ortopedia e Traumatologia

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – HOSPITAL MARIA ZIFF

Leito: 12 Data: 03/04/23 Enfermeira: [illegible] Turno: [illegible]

Nome Completo: [illegible] Idade: [illegible] Sexo: [illegible] Etnia: [illegible] Religião: [illegible]

Nome Responsável: [illegible]

Informação da Acompanhante: ( ) Sim (X) Não | ( ) Pai/Mãe | ( ) Cônjuge | ( ) Irmão - Familiar | ( ) Amigo - parentesco

Nome: [illegible] (X) Não Qual Rel:

Necessidade de Intérprete? ( ) Sim (X) Não Qual Idioma:

Precisa de Acompanhante? (X) Sim ( ) Não Qual:

Deambulação: ( ) Normal (X) Sem deambulação | ( ) Hemiplegia | ( ) Cadeira de rodas | ( ) Fraca | ( ) Comprometida/cambaleante

SISTEMA NEUROLÓGICO

( ) Orientado (X) Confuso ( ) Desorientado
( ) Lúcido ( ) Letargico ( ) Coma
( ) Agitado ( ) Reage a estímulos ( ) Não reage

SISTEMA CARDIOVASCULAR

( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC:
( ) Hipertenso ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA: 14/07
(X) Pulso cheio ( ) Filiforme ( ) Arrítmico Pulso: 63

FÂNERAS

( ) Normocorado ( ) Cianótico ( ) Ictérico
( ) Sudorético ( ) Anasárcicos ( ) Não marcantes

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

(X) VO ( ) SNG/SOE ( ) SNE/SOE ( ) GTT ( ) NPT
Aceitação da dieta: (X) Sim ( ) Não ( ) Parcial
Evacuações: (X) Presente ( ) Ausente ( ) Colostomia
(X) Normal ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena
( ) Hipo ( ) Hiper ( ) Ausente

REGULAÇÃO TÉRMICA

( ) Normotérmico ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico
( ) Frio ( ) Quente ( ) Frio
( ) Hipertermia

REGULAÇÃO ABDOMINAL

( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido
( ) Ascítico ( ) Meteorismo ( ) Timpânico
Pulsos Hepáticos: ( ) Presente ( ) Ausente
Abdômen cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Íntegra ( ) Desidratada ( ) Descamada
( ) Normocárdico ( ) Ressecada ( ) Hipercorada
( ) Sudorético ( ) Úlceras ( ) Cianótica
( ) Pálida (X) Edema Local: MMSS
Sinais de Trombose: ( ) Sim ( ) Não
Sondas:
Tratamento Clínico: (X) Sim ( ) Não FO: (X) SIM ( ) NÃO

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

(X) Espontânea ( ) SVD ( ) Anúria ( ) Oligúria
( ) Clara ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria
( ) Hipotensiva ( ) Hipertensiva ( ) Dragão

SISTEMA RESPIRATÓRIO

(X) Eupneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ortopneico ( ) Ambiente ( ) Taquipneico
( ) Normal ( ) Sim ( ) Não Qual:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES

Cateter Periférico: (X) Sim ( ) Não Local: MMSS Data: 03/04/23 Trocar em: 03/05
Cateter Central: ( ) Sim (X) Não Local: Curativo realizado em: Trocar em:
Necessidade de sinais de perfusão: ( ) Sim (X) Não
Sondas: ( ) SE (X) Não ( ) SVD ( ) SOG ( ) SNE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Traqueostomia ( ) Sondagem
Drenos: Aspectos da secreção: Quantidade:
Curativo Cirúrgico: ( ) Sim (X) Não Curativo realizado: Trocar em:
Tipo: ( ) Dia (X) Noite Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

( ) Débito Prejudicado
( ) Risco de Infecção
( ) Risco de punção no sangue prejudicado
( ) Risco de glicemia instável
( ) Risco de desequilíbrio de volume
( ) Volume de líquido excessivo
( ) Volume de líquido deficiente

( ) Padrão respiratório ineficaz
( ) Ventilação espontânea prejudicada
( ) Mobilidade física prejudicada
( ) Risco de integridade da pele prejudicada
( ) Risco de nausea/vômito temporário comprometido
( ) Sono/descanso prejudicado
( ) Déficit no autocuidado para higiene

( ) Risco de Lesão por Pressão
( ) Risco de Quedas
( ) Risco de Broncoaspiração
( ) Eliminação urinária prejudicada
( ) Risco de constipação
( ) Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Risco de Queda		4. Terapia Endovenosa/Heparina Salinizado	
Não	0	Não	0
Sim	25	Sim	20
2. Diagnóstico Secundário		5. Marcha/Deambulação	
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Sim	15	Fraca	10
3. Auxílio na Deambulação		Comprometida/Cambaleante	20
Nenhum/Acamado/Cadeira	0	6. Estado Mental	
Muleta/Bengala/Andador	15	Orientado/Lúcido/consciente/Inconsciente	0
Mobília/Parede	30	Superestima capacidade/Esquece limitações	15
TOTAL: 0	Risco Baixo: 0 - 24	Risco Médio: 25 - 44	Risco Alto: maior que 45

Prescrição para prevenção de quedas no verso

SUS | Sistema Único de Saúde | Ministério da Saúde

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - HOSPITAL SOLICITANTE

2 - CNES

3 - NOME DO ESTABELECIMENTO DE SAÚDE SOLICITANTE

4 - CNES

5 - DADOS DO PACIENTE

6 - NOME DO PACIENTE: Hildo de Andrade

7 - NOME DO RESPONSÁVEL

8 - DATA DE NASCIMENTO

9 - SEXO

10 - NOME DA MÃE DO RESPONSÁVEL

11 - TELEFONE DE CONTATO

12 - ENDEREÇO (RUA, Nº, BAIRRO)

13 - MUNICÍPIO DE RESIDÊNCIA

14 - UF

15 - CEP

16 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

17 - DIAGNÓSTICOS CLÍNICOS

Fratura com RX de fêmur

18 - CAUSA DOENÇA (CID-10 A ITEM/GRUPO)

T10 Crânio

19 - PROCEDIMENTOS REALIZADOS

20 - DATA DA CIRURGIA

Anamnese + RX + Ex. físico

21 - CIRURGIA ESTIMADA

22 - CID PRINCIPAL

23 - CID SECUNDÁRIO

24 - CID CAUSAS ASSOCIADAS

PROCEDIMENTO SOLICITADO

25 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

26 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO SOLICITADO

27 - QUANTIDADE SOLICITADA

28 - QUANTIDADE AUTORIZADA

29 - CÓDIGO DO PROCEDIMENTO ASSISTENTE

30 - DESCRIÇÃO DO PROCEDIMENTO ASSISTENTE

31 - DATA DA SOLICITAÇÃO

32 - ASSINATURA E CARIMBO DO MÉDICO ASSISTENTE

FRENTE DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

33 - ACIDENTE DE TRABALHO

34 - ACIDENTE DE TRÂNSITO

35 - ACIDENTE ESCOLAR / TRÂNSITO

36 - CIDADE

37 - UF

38 - DATA DO ACIDENTE

39 - HORA DO ACIDENTE

40 - VÍTIMA DE VIOLÊNCIA

41 - TIPO DE VIOLÊNCIA

42 - VÍTIMA DE VIOLÊNCIA INTRAFAMILIAR

43 - VÍTIMA DE VIOLÊNCIA SEXUAL

44 - VÍTIMA DE VIOLÊNCIA INSTITUCIONAL

45 - VÍTIMA DE VIOLÊNCIA AUTO-INFLIGIDA

AUTORIZAÇÃO

46 - NOME DO PRESTADOR AUTORIZADO

47 - CNES

48 - INSCRIÇÃO BENEFICIÁRIO HOSPITALAR

49 - CÓDIGO

50 - NOME DO PRESTADOR CREDENCIADO AUTORIZADO

51 - CNES

52 - DATA DA AUTORIZAÇÃO

53 - HOSPITAL PARA ONDE O PACIENTE DEVERÁ SER REMOVIDO

04080603 60
T842
Y848

04080603 58

HOSPITAL GERAL DE NOVA IGUAÇU
AV. BRIG. ...
NOVA IGUAÇU - RJ
AUTENTICAÇÃO
7 SET 2009
Certifico a ... cópia ... autêntica ...

FICHA DE ANESTESIA

6/8/18

HGR

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

Nome: Raimundo Andrade Duarte

Data de Nasc.: 01 / 01 / 91 Idade: 28 Setor/Leito: 208-2 Data: 06/08/19

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim ( ) Não Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim ( ) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta: RMS + Tiroplastia MED

1. Informações:
Jejum: (X) Sim ( ) Não
Prótese: ( ) Sim (X) Não
Dentes: ( ) Sim ( ) Não
Reserva (D): ( ) Sim (X) Não
Laringoscopia: ( ) Sim (X) Não
ECG: ( ) Sim (X) Não
Alergia: ( ) Sim (X) Não
Cirurgia
Possui Banco: ( ) Sim (X) Não
Outros:
Chegou em Centro Cirúrgico:
( ) Deambulando
(X) Cadeira
( ) Maca Superior do CC
( ) Maca
( ) Agitado

3. Sinais Vitais:
T: °C
FC: BPM
PA: mmHg
FAT: MPO
(X) Regular ( ) Irregular

4. Anotações (Indicação do Paciente):
Paciente calmo, colaborativo, orientado de RMS + Tiroplastia com MEB

INTRA-OPERATÓRIO

Entrada Sala	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
14:00	14:05	14:15	16:30	

Cirurgia Realizada	Anestesia	Posicionamento
RMS + MEB + Tiroplastia	Raquianestesia	Dorsal

Hidratação/Drogas: SF 0,9%:
Soro:
Outros:
Medicamentos:
Nome:
Dose:
Via:
Nº de Compressas Utilizadas:
Nº de Compressas Colhidas:
Termometria SO:
( ) PR ( ) Tc ( ) Hemometria ( ) BX
( ) Kasometria ( ) Outros:

Drenos/Cateteres:
Sondas:
Drenos:
Plaquetas:
Anotações Cirúrgicas:
Sangria:
( ) Sim
Nº Vegas:
( ) Cultura
( ) Outros:

Legenda:
1. Deslocado
2. Cavitário
3. Hipertensão PA
4. Área de fogo
5. Infecção
6. Calcificado
7. Vertiginoso
8. Trauma
9. Sangrante
10. Garganta
11. PCR ( ) Não ( ) Sim
12. SVD ( ) Não ( ) Sim
13. Outros:

Sinais Vitais: Saída da Sala:
a. Regular ( ) Irregular
Destino: ( ) PA ( ) UTI ( ) Outros:

Anestesia: Raquianestesia
Cirurgia: Redução Aberta Tiroplastia MED
Localização:
1. Clínica
2. Cirurgia
3. Trauma
4. Acesso
5. Outros: Tiroplastia

SRPA

Sinais Vitais

Período	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR 0/10
5'						
15'		64	130/80	99		
30'						
45'						
1h						
C.S.F						
2h						

Observações:

RACIOCÍNIO CLÍNICO (PRÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

Entrada

Hora	Sala/Cirurgia	TP	SNG/Sonda Vesical	Sucção/Oxi	Hora	SVD/Aspiração	Drenos/Quei	Outros

Saída

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Alta do Paciente)

Pct de RMS + Tiroplastia em MEB. Sob sedação de anestesia. Relato pós-cirúrgico [illegible]

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro Responsável

208-2

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

DATA DA ADMISSÃO | DIH | DN
PACIENTE
DIAGNÓSTICO
ALERGIAS | NEGA | DM2 | NEGA
IDADE | LEITO | DATA
ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE
2 ACESSO VENOSO PERIFÉRICO
3 NACL 0,9 500ML EV S/N
4 CEFTRIAXONA 500MG EV 6/6H
5 OMEPRAZOL 40MG EV 12/12H
6 TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA
7 NALOXFINA 10 MG +100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O ITEM 6
8 SIMETICONA GOTAS 40 GOTAS VO DL 8/8 H
9 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N
10 DIPIRONA SÓDICA 500MG EV 6/6H
11 DIPIRONA SÓDICA 500MG EV 12/12H
12
13
14
15
16 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG
17 SSVV + GCOG 6/6 H
18 CURATIVO LIMPO
19
20
21

SE DIABÉTICO: HGDT/ACC COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA:
200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10UI E DL GLICOSE 5% 10 ml, GLICOSE 50% 40 ml EV LENTO SE HIPOGLICEMIA

OVO: MEDIDAS:
CONTROLE ALIMENTAR E DE PESO RECEITA ATIVO ATIVO: CONTACTLANTE
CONTROLE DE ACIDO RECEITA CLAVEIRO L HUMANO
NORMOTERMIA: TERMOMETRO
SUCÇÃO: SONDA DE SUCÇÃO
PEDIATRIA: ATENDIMENTO
PRESSÃO TRANSTA

Dr. [illegible]
Médico Residente
Ortopedia e Traumatologia

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	TAX
6 H				
12 H				
18 H				
24 H	150x70	89		35,9°C

Obs: Não tem item 11 [illegible] enfermeira [illegible]
FEG. D[illegible]
CGA
P. 140x90

208-2

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	19/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	07/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ZERO, CIRURGIA HOJE A TARDE	SN D
7	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SN
8	DIPIRONA 500MG EV DE 6/6 GOTAS VO DE 8/8H SN	SN
9	TRAMADOL 100MG + SFU 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	SSVV + ODGG 6/6 H	
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DI/ML: GLICOSE 50% 40 ML EV – AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 20/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1

EXAME FÍSICO: BEG, ECOANIÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE. DIA 6/8/19 PROGRAMAÇÃO PARA RMS E COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL

INDICTAÇÃO # CONDUTA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H				

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

Dr. Augusto Cavalcante
CRM RR 1064
Residente de Ortopedia e Traumatologia

12:10 H PA: 130 x 90 mmHg, FC: 74 bpm, T: 35,6 °C.
PAM PA = 120 x 90 mmHg
FC: 73 bpm – 100 x – 36,1 °C.

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte | Sexo: Masculino | Nasc: 04/01/1990 | Idade: 28 ANO

Solicitação: 2011727 | Número Interno: | Solicitante: | Leito: 208-2

Origem: UCA | Setor: BLOCO B

Data de Emissão: 07/06/2011 17:10 | Recebimento:

Resultado de Exame

Amostra: 2011727[illegible]

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL
Metodologia: [illegible] - Analisador [illegible]

	Resultado	Referência
LEUCOGRAMA		
LEUCÓCITOS	5.35 x10³/uL	4.0 - 10.0 x10³/uL
NEUTRÓFILOS	55.80 %	50.0 - 70.0 %
NEÚCLEOS	33.60 %	25.0 - 45.0 %
LINFÓCITOS	5.10 %	3.0 - 12.0 %
MONÓCITOS	4.20 %	0.0 - 5.0 %
EOSINÓFILOS	0.30 %	0.0 - 1.0 %
ERITROGRAMA		
ERITRÓCITOS	3.75 x10⁶/uL	M: 4.32 - 5.62 x10⁶/uL
HEMOGLOBINA	10.10 g/dL	13.5 - 17.0 g/dL
HEMATÓCRITO	34.60 %	40.0 - 50.0 %
VCM	92.40 ug/L	87.0 - 103.0 fL
HCM	26.90 pg	27.0 - 34.0 pg
CHCM	29.10 g/dL	32.0 - 37.0 g/dL
RDW CV	14.00 %	11.0 - 16.0 %
RDW SD	54.60 fL	35.0 - 56.0 fL
PLAQUETOGRAMA		
PLAQUETAS	177.00 x10³/uL	150.0 - 400.0 x10³/uL
VPM	9.40 fL	6.0 - 12.0 fL
ADF	17.70	9.0 - 17.0
PCT	0.166 %	1.08 - 2.82 %

[illegible]
[illegible]
[illegible]

Liberado
[illegible]

[illegible]

[illegible] SERGAS GOVERN[illegible]

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

DATA DE ADMISSÃO		DIH	19/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	08/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VIRA-PRO, CIRURGIA HJ A TARDE	SNG
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SU
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SU
4	TRAMAL 100MG + SFC,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SU
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SU
6	SSVV + CCGG 6/6 H	
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SU
8	OMEPRAZOL 20MG VO 1X AO DIA	
9	CURATIVO DIÁRIO	
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
11		
12		
13		
14		
15	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC): CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; ≥ 400: 10 UI E OU GLICOSE ≤ 70 DI/ML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SU
16		
17		
18		
19		
20		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1
AO EXAME FÍSICO: DEG. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE. DIA 6/8/19 PROGRAMAÇÃO PARA RMS E COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL

PROGRAMAÇÃO CIRURGICA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	T
12 H	PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA			
PREVISTO DE ALTA		SEM PREVISÃO		
18 H	112/78	92	22	36
24 H	114x64	88		36.0

Dr. Augusto Cavalcante
CRM RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Augusto Cavalcante
CRM RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

PA 130x82
FC 80

Obs: Retirou dieta sem transgressão, sendo realizado

Obs: Pacientes SSVV e adm. conforme item 4 (permanece repouso de dieta sem

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018
		Paciente: REGINALDO ANDRADE		
		Leito: 208-2	Data: 08 / 08 / 19	

Localização	Região: MIO	Região:
Etiologia	Grau: I ( ) II (X) 2 ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma: (X) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:	Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ((X) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso (X) Sanguinolento ( ) Seroassanguíneo ( ) Sero ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroassanguíneo ( ) Sero ( ) Outro:
Quantidade de Exudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Colagenase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro	( ) Gaze ( ) Colagenase/Colagenase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou o procedimento	Isaura S. Pereira Técnica de Enfermagem COREN-DF 619385	Raquel Nogueira Oliveira Enfermeira COREN-DF 83694
Observações		

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

LEITO DE ADMISSÃO		DIH	10/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE	RENALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIA		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	09/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	[illegible] PARA CIRURGIA HOJE A TARDE	SAUD
2	[illegible] CORAMADA 10MG EV 8/8H S/N	SN
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
8	TRAMAL 100MG + SFD,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	SSVV + COGO 6/6 H	
12	TRAMAL 100MG VO DE 6/8H SN	
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
14	CURATIVO DIARIO	
15	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≥ 70 DL/ML, GLICOSE 50% 40 ML, EV + AVISAR PLANTONISTA	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA D/A 26/7 COM REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB UNICO TRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 7/8 : 10.1

EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

SOLICITADO : # CONDUTA :

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H	[illegible]	[illegible]	[illegible]	36.3°C
12 H	[illegible]	[illegible]	[illegible]	36.3°C
18 H	[illegible]	[illegible]	[illegible]	35.8°C
24 H				

Dr. Augusto Cavalcante
CRM RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

[illegible] recebido [illegible] [illegible] SSU [illegible]

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

NOME: [illegible]	DIH: 15/07/2019	DN:	01/01/1993
ACIDENTE: [illegible] DO ANDRADE DUARTE			
DIAGNÓSTICO: FRATURA DE FEMUR DISTAL D			
ALERGIA:	HAS: SIM	DM2:	
LOCAL:	LEITO: 208-2	DATA: 09/08/2019	

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
	[illegible] CIRURGIA – TARDE	
	[illegible] DIA 10MG EV 8/8H SN	
	[illegible] 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	
	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
	[illegible] 6/6 H	
	TRAMAL 100MG VO DE 6/8H SN	
	[illegible] 40MG VO 1X AO DIA	
	[illegible]	
	[illegible] 40MG VO 1X AO DIA	
	DIABÉTICO COM INSULINA REGULAR (CC): [illegible] ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E/OU GLICOSE ≤ 70 DU/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/7/19 REALIZOU TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 7/8 : 10.1

EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS. EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

A SOLICITAÇÃO E A CONDUTA.

HORÁRIO	PA	FC	FR	
12 H				Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1904 Residente de Ortopedia e Traumatologia
18 H				
24 H				

SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM – BLOCOS CIRÚRGICOS

Data: [illegible] Prontuário: [illegible] Leito: 02

Nome: [illegible] Sexo: ( ) F ( ) M

Procedência: ( ) Sim ( ) Não ( ) Pronto ( ) Centro ( ) Clínica cirúrgica ( ) Cirurgia - pediátrica

Procedência de internação: ( ) Sim ( ) Não Qual: [illegible]

Procedência: Interna: ( ) Sem acompanhante ( ) Acompanhado ( ) Escolta de polícia ( ) [illegible] ( ) Uso de [illegible]/[illegible]

ESTADO MENTAL

( ) Orientado ( ) Desorientado
( ) Calmo ( ) Ansioso
( ) Agressivo/Irritado ( ) Sedado

SINAIS VITAIS

( ) Normotensão ( ) Hipertensão ( ) Hipotensão
( ) Normocardia ( ) Taquicardia ( ) Bradicardia
( ) Eupnéia ( ) Dispnéia ( ) Apnéia
( ) Normotermia ( ) Hipertermia ( ) Hipotermia

SISTEMA CARDIOVASCULAR

( ) Ritmo sinusal ( ) Arritmia ( ) Ritmo cardíaco AC: ___
( ) Pulso cheio ( ) Pulso fraco ( ) Pulso filiforme PA: ___
( ) Pulso [illegible] ( ) Pulso filiforme ( ) Arrítmico Pulso: ___

OUVIDOS

( ) Normal ( ) Otalgia ( ) Otorreia
( ) Otorreia ( ) Anisocórias ( ) Não audentes

ALIMENTAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

( ) VO ( ) SNG/SOG ( ) SNE/SOI ( ) GTT ( ) NPT
Aceitação da dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial
Vômitos: ( ) Presente ( ) Ausente ( ) Fecaloma
( ) Diarréia ( ) Constipação ( ) Melena
( ) Presente ( ) Ausente

PEDIA/ATENÇÃO

( ) Afebril ( ) Hipotérmico ( ) Normotérmico
( ) Pálido ( ) Rosado ( ) Cianótico
( ) Hipoglicêmico

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Normal ( ) Ressecada ( ) Rosada
( ) Hipocromia ( ) Hipercromia ( ) Cianótica
( ) Úlceras ( ) Cicatrizes ( ) Corrídica
( ) Presença de [illegible] ( ) Sim ( ) Não
( ) Sim ( ) Não

REGULAÇÃO ABDOMINAL

( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Plano
( ) Achatado ( ) Macico ( ) Timpânico
( ) Ruídos hidroaéreos ( ) Presente ( ) Ausente
Peristaltismo: ( ) Sim ( ) Não FO: ( ) Sim ( ) Não

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

( ) Normotérmico ( ) Claro ( ) Límpido ( ) Digerido
( ) Polúrico ( ) Opaco ( ) Colúrico ( ) Hematúrico
( ) Consistente ( ) Diurese contínua ( ) Oligúrico

SISTEMA RESPIRATÓRIO

( ) Eupnéico ( ) Eupnéico ( ) Taquipnéico ( ) Dispnéico ( ) Anfisemático ( ) Taquipneico
( ) Sim ( ) Não Qual: ___

CUIDADOS DE CATETERES/SONDAS/DREnOS/ÓRTESES E PRÓTESES

Cateter venoso: ( ) Sim ( ) Não Local: D Data: 06/08 Trocar em: Hoje
Cateter central: ( ) Sim ( ) Não Local: ___ Data: ___ Trocar em: ___
Sinais de flebite no local de punção: ( ) Sim ( ) Não
Sondas: ( ) Dia ( ) Foley ( ) ENG ( ) SNE ( ) SOF ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Drenagem
Data: ___ Aspecto da secreção: ___ Quantidade: ___
Sondas de drenos: ( ) Sim ( ) Não Data de instalação: ___ Trocar em: ___
Dreno: ( ) Dia ( ) Não Local: ___

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

( ) Capacidade Prejudicada
( ) Risco de aspiração
( ) Risco de nutrição/hidratação desequilibrada
( ) Risco de alteração metabólica
( ) Risco de desequilíbrio hídrico de volume
( ) Volume de líquido excessivo
( ) Risco de [illegible] deficiente
( ) Percepção/conhecimento inadequado
( ) Comunicação [illegible] prejudicada
( ) Mobilidade física prejudicada
( ) Risco de integridade da pele prejudicada
( ) Risco de desequilíbrio na temperatura corporal
( ) Risco de dor prejudicada
( ) Risco de comunicação verbal prejudicada
( ) Risco de Lesão por Pressão
( ) Risco de Quedas
( ) Risco de Broncoaspiração
( ) Eliminação urinária prejudicada
( ) Risco de constipação
( ) Comunicação deficiente

Escala de Morse

Histórico de Quedas		Idade Progressiva/Objetivo Saúde	
Não	0	Não	0
Sim	25	Sim	20
Diagnóstico Secundário		Marcha/Deambulação	
Não	0	Normal/Sem deambulação/Acamado	0
Sim	15	Fraca	10
Auxílio Deambulação		Comprometida/Cambaleante	20
Nenhum/Acamado/Cadeira	0	Estado Mental	
Muletas/Bengala/Andador	15	Orientado/Imbecilidade/Consciência alterada	0
Mobília/Parede	30	Superestima capacidade/Esquece limitações	15

Risco Baixo: 0 - 24 | Risco Médio: 25 - 45 | Risco Alto: maior que 45

Vestígios para prevenção de queda no verso

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: REGINALDO ANDRADE		
		Leito: 208-2	Data: 09 / 08/19	

Localização	Região: MIE Grau: I ( ) II (X)	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: (X) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento (X) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento.	[illegible]	
Observações.		

208-2

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE RETAGUARDA

DATA 9/8/19
PACIENTE: [illegible] DN: [illegible]
DIAGNOSTICO(S): [illegible]
DIP: [illegible]
KANBAM: Dieta:
EXAMES ADMISSIONAIS(DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas:
Na: K: Ca: Cl:
TGO: PH: BD: PO2: PCO2:
RX:
CULTURAS (/ /):
IMAGEM:

EXAMES DE TRANSFERENCIA(DATA / /): Hb: Ht: Ur: Cr:
Leuc: Seg: Plaquetas: Na: K: Ca:
Cl: TGO: PH: BD: PO2: PCO2:
RX:
IMAGEM:

ANTIBIOTICO USADO:
JUSTIFICATIVA DE ANTIBIOTICO:
EXAMES/PROCEDIMENTOS AGENDADOS:

TERAPIA INSTITUIDA: Sintomático. Paciente com cirurgia programada para o dia 20/8/19

EVOLUÇÃO CLINICA: Mesma

Uso Exclusivo:

Boa Vista, 9 de agosto de 2019. Hora

CRM

Assinatura/carimbo do Medico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retaguarda

CRM

Assinatura/carimbo do Medico Regulador

208-2

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

DATA DA ADMISSÃO		DIH	19/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIAS		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	10/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL ZERO CIRURGIA HJ A TARDE	
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	S/N
5	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
11	SORVALDIGO 6/6 H	
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	S/N
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	CURATIVO DIÁRIO	
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE 5% 10 DL/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV → AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALÓGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. D/A DIA 26/7/19 #FALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5,7 APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1 HB DO DIA 7/8 : 10,1
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFERICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

#SOLICITADO : # CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA :
PREVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H	121/71	68	—	35,8°C
12 H	115/88	69	—	36,5°C
18 H	134 x 11	74	—	37,0
24 H				

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1564
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Jonathas C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Cirurgia do Trauma
CRM-RR 1159 TEOT 14078

Jx colo cirúrgico SUP.

c61 00 h
PA: 152 x 81 mmHg
FC: 73 bpm
Tax: 36,5

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013 ; Atualizada: 12/2018
		Paciente: Reginaldo Andrade Duarte		
		Leito: 208-2	Data: 10/08/19.	

Localização	Região: M.I. D Grau: I (X) II ( )	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: (X) Tração ___ Fixador Externo (X) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiologico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiologico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura Primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro: Alg. E	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	[illegible]	
Observações:		

208-2

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIH	19/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNOST.	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIA		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	11/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	SL
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H S/N	20/15
4	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
6	SSVV + GCGF 6/6 H	
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
9	CURATIVO DIARIO	
10	CELEXAVE 40MG SC 1X AO DIA	
11		
12		
13		
14		
15	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, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA SE DE 5.7 APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 7/8 : 10.1
EXAME FÍSICO : BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

SOLICITADO : # CONDUTA.

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA.
REVISÃO DE ALTA : SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H				
18 H				
24 H	61/55	78	--	36,3°C

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Cristian Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1770

Cód. Barras e carimbo de Paciente Fica AVP.
PA 130/90
F 66
T 36,8°C

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

Data: Leito: RGH:

Nome Completo: Idade: / / Sexo: ( ) F ( ) M

Nome Diagnóstico:

Uso de Precaução: ( ) Sim ( ) Não ( ) Aerossol ( ) Contato ( ) Gotícula - aerossol ( ) Gotícula - perdigotos

Alergia: ( ) Sim ( ) Não Qual(is):

Necessidade de intérprete: ( ) Sim ( ) Não Qual Idioma:

Acompanhante: ( ) ( ) NS Obs:

Estado Geral: ( ) Normal ( ) Desnutrido ( ) Acordado ( ) Colaborador ( ) Agitado ( ) Confusão/Desorientado/Sonolento

SISTEMA RESPIRATÓRIO

( ) Eupneico ( ) Dispneico ( ) Desorientado
( ) Cianótico ( ) Tiragem ( ) Consciente
( ) Dor ( ) Respiração Assistida ( ) Taquipneico

SISTEMA CARDIOVASCULAR

( ) Normocárdico ( ) Bradicárdico ( ) Taquicárdico BC:
( ) Ritmo Cardíaco ( ) Hipotenso ( ) Hipertenso PA:
( ) Pulso Cheio ( ) Uniforme ( ) Arrítmico Pulso:

PUPILAS

( ) Fotorreagentes ( ) Mióticas ( ) Anisocóricas
( ) Isocóricas ( ) Anisocóricas ( ) Não reagentes

HIDRATAÇÃO E SISTEMA GASTROINTESTINAL

( ) VO ( ) SNG/SOE ( ) ENE/SOE ( ) GTT ( ) NPT
Aceitação Dieta: ( ) Sim ( ) Não ( ) Parcial
Sintomas: ( ) Náusea ( ) Vômito ( ) Diarreia ( ) Constipação ( ) Melena
Fáscies: ( ) Pálido ( ) Ausente

PERFUSÃO TÉCNICA

( ) Normotérmico ( ) Hipotérmico ( ) Hipertérmico
( ) Calor ( ) Frio ( ) Febre

INSPEÇÃO ABDOMINAL

( ) Normotenso ( ) Distendido ( ) Globoso ( ) Flácido
( ) Ascítico ( ) Macico ( ) Timpânico
Ruídos Hidroaéreos: ( ) Presente ( ) Ausente
Peristaltismo: ( ) Sim ( ) Não ( ) Sim ( ) Não

CARACTERÍSTICAS DA PELE

( ) Íntegra ( ) Desidratada ( ) Ressecada
( ) Hipocrômica ( ) Hipocrômica ( ) Pigmentada
( ) Anictérica ( ) Icterícia ( ) Cianótica
( ) Edema ( ) Sim ( ) Não Local:
Lesão por pressão: ( ) Sim ( ) NS
Local:
Curativo Cirúrgico: ( ) Sim ( ) Não DC: ( ) SIM ( ) NÃO

SISTEMA URINÁRIO / DIURESE

( ) Espontânea ( ) VO ( ) Anúria ( ) Oligúria
( ) Polaciúria ( ) Disúria ( ) Colúria ( ) Hematúria
( ) Glicosúria ( ) Irrigação contínua ( ) Urgência

SISTEMA RESPIRATÓRIO

( ) Eupneico ( ) Bradipneico ( ) Taquipneico ( ) Dispneico ( ) Ortopneico ( ) Hipoventilação
( ) Gasometria ( ) Sim ( ) Não Qual:

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/ÓRTESES E PRÓTESES

Cateter Venoso: ( ) Sim ( ) Não Local: Data: Horário:
Cateter Central: ( ) Sim ( ) Não Local: Curativo realizado em: Troca em:
Sinais de infecção no sítio da punção: ( ) Sim ( ) Não
Sondas: ( ) SVD ( ) Nasal ( ) SNG ( ) SOE ( ) ENE ( ) SOE ( ) GTT ( ) Lavagem ( ) Sondagem
Drenos: Aspecto da secreção: Quantidade:
Sinais vitais: ( ) Sim ( ) Não Data da instalação: Troca em:
Órteses: ( ) Sim ( ) Não Local: Local:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

( ) Ventilação Prejudicada
( ) Dor no peito
( ) Risco de força desequilibrada
( ) Risco de ritmo instável
( ) Risco de ritmo cardíaco do volume
( ) Volume de líquidos excessivo
( ) Volume de líquidos deficiente
( ) Padrão respiratório ineficaz
( ) Ventilação espontânea ineficaz
( ) Mobilidade intestinal prejudicada
( ) Risco de integridade da pele prejudicada
( ) Risco de desequilíbrio de temperatura corporal
( ) Padrão de sono prejudicado
( ) Dor crônica substituída para digerir
( ) Risco de Lesão por Pressão
( ) Risco de Quedas
( ) Risco de Broncoaspiração
( ) Eliminação urinária prejudicada
( ) Risco de constipação
( ) Comunicação deficiente

Escala de Morse

1. Histórico de Queda
Não 0
Sim 25

2. Diagnóstico Secundário
Não 0
Sim 15

3. Auxílio na Deambulação
Nenhum/Acamado/Auxiliado 0
Bengala/Muletas/Andador 15
Mobília/Parede 30

4. Terapia Endovenosa/Capacitação salinizada
Não 0
Sim 20

5. Marcha/Deambulação
Normal/Sem deambulação/Acamado 0
Fraca 10
Comprometida/Cambaleante 20

6. Estado Mental
Orientado/Imitado/Confusão/Sedação 0
Superestima capacidade/Perdeu limitação 15

Escore Total: 0 - 24 Risco Médio: 25 - 44 Risco Alto: maior que 45

Prescrição para prevenção de queda no verso

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HCR	Protocolo: 1	Versão: 08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Reginaldo A. Duarte			
	Leito: 208-2		Data: 1/08/19	

Localização	Região: M-X-D Grau: I (X) II ( )	Região: Grau: I ( ) II ( )
Fisiologia	( ) LPP I II III IV ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Tração ___ Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerada ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerada ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Moderado (X) Único ( ) Seco	( ) Moderado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidine 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidine 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase (X) Sulfadiazine de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazine de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	[illegible]	
Observações		

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

DATA ADMISSÃO		DIH	19/07/2019	DN	01/01/1991
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIA		HAS	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	208-2	DATA	12/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
	DIETA GERAL EVVP	SVD
7	DIPIRONA 1,0MG EV 6/6H SN	SN
8	DIPIRONA 1,0MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
9	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DC 6/6H SE DOR INTENSA	SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	SSVV + DOCO 6/6 H	Cfm Rodrigo
12	TRAMAL 100MG VO DE 6/6H SN	SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	06h
15	CURATIVO DIÁRIO	Curativo
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	16h
17		
18		
19		
20		SN
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-250: 6UI; 301-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE ≥ 70 DI/ML. GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 20/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 7/8 10.1

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFERICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

SOLICITADO: CONDUTA:

PREVISÃO DE CIRURGIA:
PREVISÃO DE ALTA: SEM PREVISÃO

SINAIS VITAIS

	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H	[illegible]	80	20	36,5
18 H	120/73	80	18	35,6
24 H	130/80	70	19	36,3

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

12/08/19 REGINALDO BARBOSA DUARTE - 206 - 02

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Reginaldo Andrade Duarte			
	Leito: 208-2		Data: 12/08/19	

Localização	Região: M I D Grau: I (X) II ( )	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) LPP I II III IV ? ( ) Queimadura (X) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo (X) Ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ? ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo (X) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perineofocal	(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exudato	( ) Purulento (X) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroassanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroassanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exudato	( ) Molhado (X) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel (X) Outro: Alginato	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	Bernardo Silva Carvalho Téc. Enfermagem COREN-RS 247.157 Juliane Gomes de Jesus Enfermeira COREN-RS 247.157	
Observações		

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO		DIA	13/07/2019	DN	07/01/1991
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D				
ALERGIAS					
IDADE	28	HAS	SIM	DM2	
LEITO		208-2		DATA	13/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	SNO
3	DIPIRONA 500MG EV OU 20 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
4	TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/24 SE DOR INTENSA	SN 12h
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
6	SSVV + GLICG S/S 1	
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
9	CURATIVO DIÁRIO	SN
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE + 70 UI/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BOM A DIETA. DIA DIA 25/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA SE DE 5 /. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 7/8 : 10.1 EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

SOLICITADO : # CONDUTA :

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA
MANTENHO DIETA SEM ALTERAÇÃO

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
6 H				
12 H	96 x 30	92	20	36
18 H	113 x 60	79		36
24 H				

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

[illegible]

Nome Completo: Raimundo Antônio Duarte — Leito: 208 — [illegible] 2

[illegible]

Quais: [illegible]

[illegible]

SISTEMA NEUROLÓGICO

[illegible]

SISTEMA CARDIOVASCULAR

[illegible]

Pulso: [illegible]

ALIMENTAÇÃO / SISTEMA GASTROINTESTINAL

[illegible] ☐ GTT ☐ NPT

[illegible]

SISTEMA URINÁRIO / GENITAL

[illegible]

SISTEMA RESPIRATÓRIO

[illegible]

CONTROLE DE CATETERES/SONDAS/DRENOS/CURATIVOS

Cateter: [illegible] — Local: RMSD — Data: 12/09

[illegible]

Sim ☐ [✓ Não]

[illegible] ☐ GTT [illegible]

DIAGNÓSTICO DE ENFERMAGEM

[✓] Risco de infecção

[✓] Integridade física prejudicada

[✓] Risco de integridade da pele prejudicada

[illegible]

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - NGR

Protocolo: 1

Versão: 00

Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2015

Paciente: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Leito: 208.2

Data: 13/08/2019

Localização

Etiologia

Tipo de Tecido

Exudato

Quantidade de Exudato

Região: M.I.D.

Grau: I (X) II ( )

( ) Lipo III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular

( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) Ortopedia

( ) Outro:

( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização

( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros

( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Enfermo / Rubor

( ) Outro:

( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroso/sanguinolento ( ) Seco

( ) Outro:

( ) Moderado ( ) Umido ( ) Seco

( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%

( ) Gaze ( ) Colagenase/Elastase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel

( ) Outro:

( ) DVP ( ) Mole ( ) Abaixo

Região: M.I.D.

Grau: I (X) II ( )

( ) Lipo III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vasc. Tr

( ) Trauma: Tração Fixador Externo ( ) Ortopedia

( ) Outro:

( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização

( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros

( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Enfermo / Rubor

( ) Outro:

( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroso/sanguinolento ( ) Seco

( ) Outro:

( ) Moderado ( ) Umido ( ) Seco

( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%

( ) Gaze ( ) Colagenase/Elastase ( ) Sulfadiazina de Prata

( ) Outro:

( ) DVP ( ) Mole ( ) Abaixo

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

Assinatura e Carimbo do Enfermeiro

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

DATA DE ADMISSÃO | SIH | 18/07/2019 | DN | 01/01/1991
PACIENTE | REGINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO | FEXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALTURA | IMAS | SIM | DM2
LEITO | 28 | LEITO | 208 | DATA | 15/07/2019
PRESCRIÇÃO

	HORÁRIO
DIETA OVAL LIVRE	
PARACETAMIDA 1GMG EV 6/6H S/N	SMQ
DIPIRONA 500MG EV DU 40 GOTAS VO DE 6/6H S/N	SL
TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SL
CAPTOPRIL 25 MG VO SL PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SL
NAVV LOOP 8/8H	SL
TRAMAL 100MG VO SL 8/8H S/N	
VASTAREL 40MG VO 12 AO DIA	SL
CURATIVO DIÁRIO	SL
ULTRANEF 40MG SC 1X AO DIA	

9 DIAS: HGO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)	
CONFORME ESQUEMA: 201-250 2UI; 251-300 4UI; 301-350 6UI;	SL
351-400 8UI > 400 10 UI. OU GLICOSE A 5% DUVL, GLICOSE 50%	
20 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA

PACIENTE INTERNADO NO LEITO ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNCIONAIS FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BOM A DIETA DIA DIA 26/07/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5,7 APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1 HT DO DIA 27/8 : 10,1 HISTÓRIA PATOLÓGICA: BCG, ACIDÔTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

SOLICITADO: ECOVIDEO:

SINAIS VITAIS DE ENFERMARIA:

HORA	PA	FC	FR	T
12 H	134/70	70		36,2
18 H	120x70	76		36
24 H	120x80	76		36,4
06 H	130/70	67		

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1054
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Núcleo de Enfermagem em | Pr | 1 | Versã | Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2015

Tratamento de Feridas – HFR

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte

Leito: 208-B

Data: 14/08/19

Região: M.I.D

( ) Lesão ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular
( ) Outro: ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia

( ) Necrose: Aderida/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização
( ) Pele Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros

( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seco ( ) Eritema / Rubor

( ) Arroxeado ( ) Sangramento ( ) Hemossangramento ( ) Seco

( ) Seco

( ) Solução 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%

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

( ) Outro

( ) Não ( ) Diário ( ) 48/48h

( ) Não ( ) Diário ( ) 48/48h

Região:

( ) Lesão ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular
( ) Trauma: ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia
( ) Outro:

( ) Necrose: Aderida/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização
( ) Pele Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros

( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seco ( ) Eritema / Rubor

( ) Arroxeado ( ) Sangramento ( ) Hemossangramento ( )

( ) Seco

( ) Solução 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%

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

( ) Não ( ) Diário ( ) 48/48h

208-2

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

DATA DE ADMISSÃO | DIH | 19/07/2019 | DN | 07/07/1991

PAC EVTERSINALDO ANDRADE DUARTE

ACIDENTE | FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIA

IDADE	23	DIAS	5/M		
		LEITO	208-2	DATA	15/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
	DIETA LIVRE + ZERO	
	DIPIRONA 500MG + CLORPIRAMIDA 10MG EV 6/6H SN	8 MANHÃ
	DIPIRONA 500MG + C. 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	
	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	
	SEVV + COGS 6/6 H	
	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
	CURATIVO DIÁRIO	
	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
	SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 150-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E SU GLICOSE 5 / 10 DO 10ML GLICOSE 50% 10 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#1 SOBRE PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, ORIENTADO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BOM A DIETA. DIA DIA 20/7/19 RIA 2/4 DA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO FOI DE 8.1 HB DO DIA 7/8 : 10.1

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

#SOLICITADO. # CONDUTA:

SINAIS VITAIS

HORA	PA	FC	FR	T
12 H	130/90	76		36,4
18 H	120/80	74		36,4
24 H	110/60	79		36,6

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1066
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Bruno Figueiredo dos Santos
Ortopedista e Traumatologia
CRM/RR 1067 TEOT 10485

Núcleo de Enfermagem em Cirurgia

Instrumento de Medidas – NOR

Versão:

Elaborado: 02/2012

Revisão: 01/2014

Paciente: Reginaldo Andrade Duarte

Leito: 208-2

Data: 15 / 08 / 19

Região: M T D

Grau: ( ) I ( ) II ( ) III

( ) Pé Diabético ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular

( ) Úlcera ( ) Hiperpressão ( ) Ortopedia

( ) Outro

( ) Necrose ( ) Negra ( ) Bandeira ( ) Granulação ( ) Epitelização

( ) Pele Íntegra ( ) Cicatriz Seca ( ) Outros

( ) Seca ( ) Macerada ( ) Úmida ( ) Bolhas / Ruber

( ) Outro

( ) Nível ( ) Não Aplicado ( ) Seroassanguinolento ( ) Seco

( ) Outro

( ) Pequena ( ) Média ( ) Grande

( ) Sem Exudato ( ) Clorexidina 0,05% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%

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

( ) Outro

( ) 1/2/3 ( ) 4/5 ( ) 46/48h

Região:

( ) Pé Diabético ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular

( ) Úlcera ( ) Hiperpressão ( ) Ortopedia

( ) Outro

( ) Necrose ( ) Negra ( ) Bandeira ( ) Granulação ( ) Epitelização

( ) Pele Íntegra ( ) Cicatriz Seca ( ) Outros

( ) Seca ( ) Macerada ( ) Úmida ( ) Bolhas / Ruber

( ) Outro

( ) Nível ( ) Não Aplicado ( ) Seroassanguinolento ( ) Seco

( ) Outro

( ) Pequena ( ) Média ( ) Grande

( ) Sem Exudato ( ) Clorexidina 0,05% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%

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

( ) Outro

( ) 1/2/3 ( ) 4/5 ( ) 46/48h

206

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

DATA DE ADMISSÃO:
PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE | DIT: 19/07/2019 | DN: 01/01/1991
AGNOR: FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIA:
HAS: SIM | DM2:
LEITO: 28 | DATA: 18/08/2019

	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA VAL LIVRE	
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SNO
3	DIPIRONA 500MG EV 6/6H OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
4	TRAMAL 100MG + SFG 0,9% 100ML EV DL 6/6H SE DOR INTENSA	SN
5	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
6	HGTM + CODG 6/6H	SN
7	TRAMAL 100MG VO DE 6/6H SN	
8	CLOPIDOGREL 75MG VO 1X AO DIA	SN
9	OMEPRAZOL DIÁRIO	
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		
	SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONFORME ESQUEMA: 100-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE 5,70 DI/ML GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COV QUEIXAS ÁGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/07/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5,7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1 HR DO DIA 7/8 : 10,1
#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

#CONDUTA: #CONDUTA

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	
12 H	13 / 10	90		
18 H	12 / 10	84		
24 H	14 / 10	90		

Dr. Augusto Cavalcante
CRM RR 1564
Residente de Ortopedia e Traumatologia

12h Atendido SSVV, bem queixa de dor no membro o paciente. TE. JPR

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HCR	Protocol 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Reinaldo Andrade Dias			
	Leito: 208-3	Data: 16/08/2019		

Localização	Região: prime direito	Região:
Etiologia	Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I II III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:	Grau: I ( ) II ( ) ( ) LPP I II III IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose, Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose, Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Peri Ferida	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro
Tipo de Exudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serossanguíneo ( ) Seco ( ) Outro
Quantidade do Exudato	( ) Moderado ( ) Abundante ( ) Seco	( ) Moderado ( ) Ausente ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura utilizada	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Epitelizarina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Epitelizarina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	[illegible]	
Observações		

208-2

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

PACIENTE	[illegible]	DIT	16/07/2019	DN	01/01/1991
ALERGIA	[illegible]				
MORBIDA	[illegible]				
PLANO	38	HAS	SIM	DIA2	
TEM		LEITO	208-2	DATA	17/08/2019

PRESCRIÇÃO

		HORÁRIO
	D-[illegible]	
	[illegible] 10MG EV 8/8H SN	SNID
	DIPIRONA SÓDICA EV 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
	TRAMAL 100MG SFG 0,9% 100ML EV DE 8/3H SE DOR INTENSA	SN
3	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAD > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
4	SSVV + DOBO 6/6 H	
5	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
6	OMEPRAZ 40MG VO JEJUNO DIA	
7	DIPIRONA NARO [illegible]	
8	DIFRANE 40MG VO 1X AO DIA	
9		
10		
11		
12		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC), CONTROLAR GLICEMIA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; A 100/10 UI EQUIVALE GLICOSE 470 DU/ML GLICOSE 50% 40 ML EV - CHAMAR PLANTONISTA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS. FUNÇÕES BIOLÓGICAS PRESERVADAS. ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 16/08 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 6,0. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1 HB DO DIA 17/8 : 10,2 HEMATÚRIA. MUCOSAS PÁLIDAS, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNÉICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

RESOLUÇÃO: MANTER CONDUTA.

SINAIS VITAIS

HORÁRIO	PA	FC	FR	T
6 H				
12 H	110/70	76		36,6
18 H	120/80	75		36,8
24 H				

Dr. Augusto Cavalcante
CRM RR 1564
Residente de Ortopedia e Traumatologia

206

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

DIA 15/07/2019 DN 01/01/1991

PACIENTE: DEGINALDO ANDRADE DUARTE
AGRAVO: FRATURA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

	IAS	SIM	SVZ
	LEITO	206	DATA

18/08/2019

PRESCRIÇÃO

	HORÁRIO
DIPIRONA 500MG EV 6/6H SN	SMT
TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DF 8/8H SE DOR INTENSA	SN
CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 140 E OU PAD > 110 MMHG	SN
BSVP + CLEG 6/6 H	SN
TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	SN
DIAZEPAM VO DIA	06
ENOXAPARINA 40MG SC 1X AO DIA	

DIETA: DIABÉTICA CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (UC), CONFORME GLICEMIA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; > 400: 10UI. SOLUÇÃO GLICOSE + 70 DI 4ML GLICOSE 50% 40 ML EV. AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLOGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, DIA DIA ENCONTRAVA-SE DISPNEICO APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1 HB DO DIA 7/8 : 10,1

#EXAME FÍSICO: BEG, ACIANOTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFERICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

#SOLICITAÇÃO E CONDUTA:

6 H	SA		FR	
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1064
Residente de Ortopedia e Traumatologia

Dr. Didier Socorro
Ortopedia e Traumatologia
CRM 0267

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas – HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Reginaldo Duarte			
	Leito: 206-1		Data: 18/09/18	

Localização	Região: MID	Região:
Etiologia	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular (X) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:	( ) LPP I II III IV ?* ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) ortopedia ( ) Outro:
Aparência do Leito	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (X) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(X) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo (X) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Serosanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Gotejando (X) Seco	( ) Molhado ( ) Gotejando ( ) Seco
Solução de Limpeza	(X) Soro Fisiológico 0,9% (X) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Coberturas primária	(X) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinolisina ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinolisina ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 (X) Diário ( ) 48/48	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48
Profissional que realizou procedimento	[illegible]	
Observações		

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

DIH 19/07/2019 DN 01/01/1991

DIAGNÓSTICO: EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIA: HAS

IDADE 26 LEITO + SIM 206-1 DIA 2 DATA 19/08/2019

ITEM PRESCRIÇÃO HORÁRIO

DIETA OTAL
MEDICOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN
DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DIL 6/6H SN
TRAMAL 100MG - SF 0,9% 100ML EV DIL 8/8H SN DOR INTENSA
CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG
SSVV + CGSD 6/6 H
TRAMAL 100MG VO DIL 8/8H SN
OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA
ENOXAPARINA DIARIA
CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA

DIABETICO COM RAÇÃO COM INSULINA REGULAR (UI) CONFORME GLICEMIA: 200-250 2UI, 251-300 4UI, 301-350 6UI, > 400 10 UI E OU GLICOSE 50% 40 ML EV + AMIGA PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

PACIENTE PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM CURATIVO LIMPO, HIPÓTESES GLICÊMICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, DIA DIA 2 PÓS-OPERATORIO DE FRATURA DIA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS NA OCASIÃO O HB 8 EMA FÍSICO: REG, ACIANÓTICO, ANICÉRICO, AFEBRIL, DISPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE ... RAÇÃO TRANSFUSIONAL.

SOLICITADO / CONDUTA:

Dr. Vitor Maciel
Traumatologia
CRM-RR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	Temp
6 H				
12 H				
18 H				
24 H				

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1904
Residente de Ortopedia e Traumatologia

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

PROCEDIMENTO SOLICITADO

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

AUTORIZAÇÃO

04030506 86
5724

BOLETIM OPERATÓRIO

[illegible] Carvalho
[illegible]

DATA: [illegible]
CS:

DIAGNÓSTICO PRÉ-OPERATÓRIO: Fx fêmur D
INDICAÇÃO TERAPÊUTICA: Osteossíntese de fêmur D
TIPO DE INTERVENÇÃO:
MEDICAÇÕES E ACIDENTES:
DIAGNÓSTICO OPERATÓRIO:
CIRURGIÃO: Dr. [illegible]
1º AUXILIAR: Dr. [illegible]
2º AUXILIAR: [illegible]
INSTRUMENTADOR(A):
3º AUXILIAR:
ANESTESIA:
ANESTESISTA:
ANESTÉSICO:
INÍCIO: FIM: DURAÇÃO:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

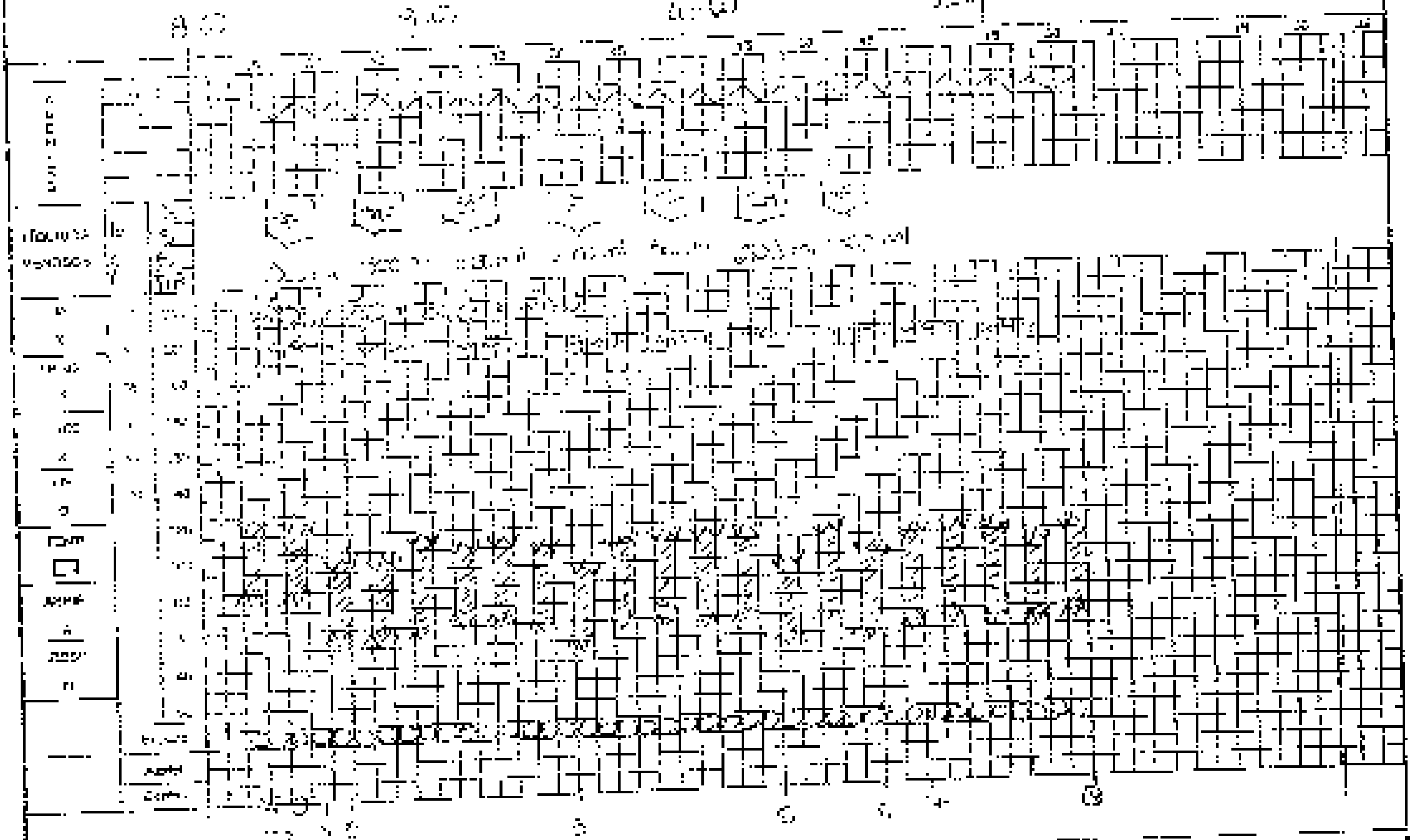
1. [illegible] + anestesia
2. Assepsia + antissepsia + campos [illegible]
3. [illegible]
4. [illegible]
5. [illegible]

FICHA DE ANESTESIA

[illegible]

Boa Vista - RR

20 08 2019



1. [illegible] monitorização (PANI + FC, SO2 + [illegible])

2. Antissepsia da região [illegible] com [illegible] + colocação de campo estéril.

3. Punção [illegible] com agulha [illegible] de [illegible], [illegible] de [illegible] 20 mg SA

4. [illegible] 2 g EV

5. [illegible] 10 mg EV

[illegible]

Dr. [illegible]

[illegible]

Dr. [illegible] Filho

5. [illegible] 10 mg EV

6. [illegible]

7. [illegible]

[illegible] paciente para [illegible]

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

FICHA DE MATERIAL CONSUMIDO EM CIRURGIA

NOME DO PACIENTE | LEITO | Nº DO PRONTUÁRIO | DATA

CIRURGIA

T.C | TEMPO DE DURAÇÃO | TEMPO TOTAL

INÍCIO | FIM

EQUIPE MÉDICA

CIRURGIÃO

ANESTESISTA

RES. ANESTESIA

1º AUXILIAR

INSTRUMENTADOR

2º AUXILIAR

CIRCULANTE

TEMPO DE DURAÇÃO

QUANT	MATERIAL	VALOR	QUANT	MEDICAMENTOS	VALOR
				FRASCOS - SORO FISIOLÓGICO	
				FRASCOS - SORO RINGER LACTADO	
	PACOTES GAZE			FRASCOS - SORO GLICOSADO	
	LUVA ESTÉRIL			FIO VICRYL Nº	
	LUVA ESTÉRIL			FIO MONONYLON Nº	
	LUVA ESTÉRIL			FIO ALGODÃO SEM AGULHA Nº	
	LUVA ESTÉRIL			FIO ALGODÃO COM AGULHA Nº	
	LUVA PROCEDIMENTOS			FIO CATGUT SIMPLES Nº	
	LÂMINA BISTURI Nº			FIO CATGUT CROMADO Nº	
	DRENO DE SUCÇÃO Nº			FIO PROLENE Nº	
	DRENO DE TORAX Nº			AGULHA Nº	
	DRENO DE PENROSE Nº			AGULHA	
	SERINGA 01			LEDA ANESTÉSICA	
	SERINGA 03			REPORTAGEM Nº	
	SERINGA 05			SEDOGRAM	
	SERINGA 10ML			FITA CARDÍACA	
	SERINGA 20ML			OUTROS	

MATERIAIS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM SALA DE CIRURGIA

VISTO DOS RESPONSÁVEIS

INSTRUMENTADOR(A) | ENFERMEIRA CHEFE

DÉBITO NA C/C DO PACIENTE | VALOR

MATERIAL MEDICAMENTOS

SUB-TOTAL

TAXA DE SALA

TAXA DE ANESTESIA

SOMA

FUNCIONÁRIO ATENDIDOS | CIRCULANTE DE SALA

ENVIAR ESTE FORMULÁRIO À CONTABILIDADE

SAEP – SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA
CENTRO CIRÚRGICO/SRPA

HGR

Nome: [illegible] Data: 20/08/19

Data de Nasc: 01/01/41 Idade: 28 Setor/Leito: 208-02

Termo de Consentimento Cirurgia: ( ) Sim (X) Não Termo de Consentimento Anestesia: ( ) Sim (X) Não

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia Proposta:

Informações:

Alergia: ( ) Sim (X) Não

Prótese: ( ) Sim (X) Não

Exames: ( ) Sim (X) Não

Reserva de Sangue: ( ) Sim ( ) Não

Hemodialise: ( ) Sim (X) Não

HIV: ( ) Sim (X) Não

Alergia: ( ) Sim (X) Não

Qual:

Chegou ao Centro Cirúrgico:

( ) Cirurgia Eletiva

( ) Urgência

( ) Cirurgia Suspensa do Dia

( ) ICU

( ) Outras

Sinais Vitais:

FC: 72 FR: 12 PA: 12/8 SAT: 98

( ) Regular ( ) Irregular

Avaliação da Pele:

INTRA-OPERATÓRIO

Chegada	Início da Anestesia	Início da Cirurgia	Término da Cirurgia	Término da Anestesia
08:20	08:20	8:00	11:50	

Cirurgia Realizada: [illegible]

Anestesia: [illegible]

Posicionamento: D

Hemoderivados: CH: 200 ml

Plasma:

Plaquetas:

Auto-transfusão Intraoperatória: [illegible]

Nº de Compressas utilizadas: 120

Exames: ( ) HIV ( ) HTLV ( ) Hemoglobina ( ) Gasometria ( ) Outros:

Outros:

Dispositivos:

1. Eletrodos
2. Coloração
3. Manguito
4. Placa de Bisturi
5. Sucção
6. Cateter
7. Venóclise
8. Drenos
9. SVD
10. [illegible]

Sinais Vitais: [illegible]

Direção: ( ) Diurno ( ) Noturno

Anestesia

1. Sonda
2. Cateter
3. Dreno
4. Acesso Venoso
5. Outros:

Cirurgia

Localização

Avaliação Gráfica (PÉ/INTRA/PÓS OPERATÓRIO)

SRPA

Sinais Vitais

Horário	T	FC	PA	SPO2	ALDRETE	DOR 0/10
0'						
15'		75			19	
30'						
45'						
60'						
01:30 h						
2 h						

Observações:

Entrada

Hora	Não Cavo	SRG/ Volume	Cath/Qual	Hora	Sol/Aspecto	Dreno/Qual	Outros

Saída

Observações de Enfermagem (Evolução/Alta do Paciente):

Atualização pelo Núcleo de Qualidade e Segurança do Paciente - NQSP/HGR em 05/2018

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

[illegible] VERIFICAÇÃO DE SEGURANÇA CIRÚRGICA [illegible]

ANTES DA INDUÇÃO ANESTÉSICA

Nome: [illegible]

[illegible]

PACIENTE CONFIRMOU:
☒ Identidade
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento
[illegible] ☒ Sim ( ) Não

[illegible]
[illegible] ( ) Não se aplica

( ) [illegible]
[illegible] ( ) Não se aplica

☒ [illegible] ANESTÉSICA [illegible]

[illegible] OXÍMETRO DE PULSO NO PACIENTE EM FUNCIONAMENTO

( ) PACIENTE POSSUI:
ALERGIA CONHECIDA
( ) Não ( ) Sim, Qual: ______

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

RISCO DE PERDA SANGUÍNEA > 500 ml
( ) Não
( ) Sim, e [illegible]
[illegible]

[illegible]
Assinatura

Data: [illegible] Hora: [illegible]

ANTES DA INCISÃO

Anestesista: Eudes

[illegible]

CONFIRMAR QUE TODOS OS MEMBROS DA EQUIPE SE APRESENTARAM PELO NOME E FUNÇÃO ☒ Sim ( ) Não

CIRURGIÃO, ANESTESIOLOGISTA E ENFERMEIRO CONFIRMARAM VERBALMENTE:
☒ Identificação do paciente
☒ Sítio cirúrgico
☒ Procedimento

EVENTOS CRÍTICOS PREVENTIVOS:

( ) REVISÃO DO CIRURGIÃO:
[illegible] duração da operação e perda sanguínea prevista

( ) REVISÃO DA EQUIPE DE ANESTESIA:
Há alguma preocupação específica em relação ao paciente

☒ REVISÃO DA EQUIPE DE ENFERMAGEM:
Os materiais necessários, como instrumentais, próteses e outros estão presentes e dentro da validade de esterilização (inclui resultado do indicador)? Há questões relacionadas a equipamentos ou quaisquer preocupações

A PROFILAXIA ANTIMICROBIANA FOI REALIZADA NOS ÚLTIMOS 60 MINUTOS:
( ) Não se aplica
☒ Sim
[illegible] Hora 15:2[illegible]

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

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

[illegible]

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

( ) O NOME DO PROCEDIMENTO REGISTRADO
☒ Sim ( ) Não

( ) SE AS CONTAGENS DE INSTRUMENTAIS CIRÚRGICOS, COMPRESSAS E AGULHAS ESTÃO CORRETAS
☒ Sim ( ) Não ( ) Não se aplica

( ) COMO A AMOSTRA PARA ANATOMIA PATOLÓGICA ESTÁ IDENTIFICADA (INCLUINDO O NOME DO PACIENTE)
( ) Sim ( ) Não ☒ Não se aplica

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

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

Assinatura

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

LISTA DE DIVISÃO		C 1	15/07/2019	DN	01/07/1991
PACIENTE	REGINALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FRATURA DISTAL DO FÊMUR DISTAL D				
ALERGIAS		HAC	SIM	DM2	
IDADE	28	LEITO	209-1	DATA	20/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA LIVRE	SN
2	METOCLOPRAMIDA 10MG IV 8/8 H SN	SN
3	DIPIRONA 500MG IV 6/6 H SN	SN
4	TRAMAL 100MG IV 8/8 H SN	SN
5	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 100 E OU PAD > 110 MMHG	SN
6	SSVV + GCOS FHB	Sempre à cabeceira
7	TRAMAL 100MG VO DE 4/4 H SN	SN
8	CAPTOPRIL 25MG VO 1X AO DIA	Pela manhã
9	OLANZAPINA VO	SUSPENSO
10	OLANZAPINA 10MG VO 1X AO DIA	
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20	1º DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (IRO) CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10UI; E O... GLICOSE 50% 40 ml IV + AVISAR PLANTONISTA	SN

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ÁLGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/7/19 REALIZADO TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS. HACOS 8,0 G/DL ENCONTRAVA-SE DIA 5/7 APÓS TRANSFUSÃO HB DE 5,1 E 5,0 DIA 7/8 5,2 #EXAME FÍSICO: REG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, ELEPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

#SOLICITADO: #CONDUTA.

#PROGRAMAÇÃO CIRÚRGICA
#HIPÓTESE DIAGNÓSTICA: FRATURA DISTAL DO FÊMUR

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR
6 H			
12 H			
18 H			
24 H			

Dr. Augusto Cavalcante
CRM-RR 1964
Residente de Ortopedia e Traumatologia

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

DATA	[illegible]	AIH		DN	
PACIENTE	[illegible]	[illegible]			
		PAS	NEG	DATA	NEGA
		[illegible]	[illegible]	DATA	[illegible]

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	[illegible] LIVRE	S/N
2	ACESSO VENOSO PERIFÉRICO	[illegible]
	SF 0,9% 500ML EV [illegible]	S/N
3	[illegible] 500MG EV 6/6H	[illegible]
4	OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA	[illegible]
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	S/N
6	NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL 0,9% CASO NÃO TENHA O 1 EV	S/N
7	[illegible] 40 GOTAS VO DE 6/6H	[illegible]
8	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N	S/N
9	CLINDAMICINA 600MG EV 6/6H	Susp.
10	CIPROFLOXACINO 400MG EV 12/12H	Susp.
11	[illegible]	[illegible]
12	CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	S/N
13	SSVV [illegible]	
14	CURATIVO DIÁRIO	
15		
16		
17		

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA [illegible]
[illegible] 201-250: [illegible] 251-300: [illegible] 301-350: [illegible] 351-400: [illegible]
[illegible] CHAMAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA
[illegible] PACIENTE [illegible] ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE
[illegible] ANICTÉRICO, ACIANÓTICO, [illegible]
[illegible]
[illegible]
PROGRAMAÇÃO CIRURGIA
PREVISÃO DE ALTA

MÉDICO RESIDENTE
ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

SINAIS VITAIS

6 H	PA	FC	FR	T
12 H				
18 H	[illegible]	93		36,6
24 H	144/81	99		36,5

[illegible]

[illegible] não realizo por não ter no setor

c/ [illegible]
PA = 120/81
FC = [illegible]
T = 36,6

COREN-RR [illegible]

120 - 6

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

[illegible] DE [illegible] DN 01/07/1991

PACIENTE: [illegible] DUARTE
[illegible] DE FEMUR DISTAL E
ALERGIA: [illegible] SAS SIM
IDADE: [illegible] LEITO [illegible] DATA [illegible]

PRESCRIÇÃO — HORÁRIO

- [illegible] — S/N
- [illegible] — SR
- [illegible] GOTAS VO [illegible] — [illegible]
- [illegible] EV [illegible] SE DOR INTENSA — SR
- [illegible] 180 [illegible] MMHG — SR
- [illegible] — [illegible]
- [illegible] — SR
- [illegible] 40MG [illegible] AO DIA — [illegible]
- [illegible] — SUSPENSO
- [illegible] AO DIA — [illegible]
- CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H — [illegible]
- CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H — [illegible]

[illegible] COM INSULINA [illegible] — SR
[illegible] 200 [illegible] 300 [illegible] 400, 501 [illegible]
[illegible] GLICOSE [illegible] GLICOSE 50%
[illegible] PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:
[illegible] NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS [illegible] PACIENTE [illegible] NO LEITO [illegible] ACEITA BEM A DIETA. DIA 26/7/19 [illegible] FISIOLÓGICAS PRESERVADAS [illegible] NA OCASIÃO [illegible] HB [illegible] DE 8.3 HB DO DIA 7/8 [illegible] ENCONTRA-SE [illegible] EUPNEICO, HIPOCORADO [illegible] ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL [illegible] EM USO DE TRAÇÃO TRANS [illegible] DIA [illegible] PULSOS [illegible] PALPÁVEIS [illegible] PROCEDIMENTO CIRÚRGICO [illegible] 20/08/19 [illegible] PULSOS [illegible]

Dr. [illegible] Cavalcante
CRM [illegible]
Residente de Ortopedia e Traumatologia

[illegible]
[illegible] 36,2
[illegible] 36,3

PA 136/80
FC: 86
Temp: 35,8°C

120-6

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

DIH	[illegible]	DN	[illegible]

PACIENTE: [illegible] DE QUARTE
DIAGNÓSTICO: [illegible] DE FÊMUR DISTAL D

ALERGIAS	HUC	SIM	DIH2
IDADE	23	LEITO 120-6	DATA 12/03/2019

HORÁRIO

PRESCRIÇÃO

IT		
1	DIETA LIVRE	
7	[illegible] 500ML 0,9% CT V 8/8H SIN	
8	DIPIRONA 1G/ML EV OU 20 GOTAS VO DE 6/6H SIN	
9	TRAMADOL 50MG + 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	
10	DIFTOFEN 50 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG	
11	NEUROLEPTOL 6/6H	
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SIN	
13	[illegible] 40MG VO 1X AO DIA	
14	[illegible]	SUSPENSO
15	OLANZAPINA 10MG SL 1X AO DIA	
16	CLORPAMIDRA 500MG EV DE 6/6H	
17	ENOXAPARINA 40MG EV OU 60MG VO DE 12/12H	
18		
19		

EVOLUÇÃO MÉDICA

SINAIS VITAIS				
6 H	PA	FC	FR	
12 H	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
18 H	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]
24 H	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Rosiane [illegible] P. Medeiros
Técnica de Enfermagem
COREN-RR 652.039-TE

Luciende A. [illegible]
Téc. em Enfermagem
COREN-RR 9[illegible]

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº J	Versão:08	Elaborada: 02/2013 | Atualizada: 12/2018
	Paciente: Raimundo Andrade Duarte		Data: 22/02/2019
	Leito: 12 C		

Localização	Região: MID	Região: MID
Etiologia	Grau: I ( ) II (✓)	Grau: I ( ) II (✓)
Aparência do Leito	( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:	( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outro:
Pele Periferal	( ) Normal ( ) Macerada ( ) Ressecada ( ) Outros:	( ) Normal ( ) Macerada ( ) Ressecada ( ) Outros:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroso ( ) Outros:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroso ( ) Outros:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Outros:	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70% ( ) Outros:
Cobertura primária	( ) Alginato ( ) Carvão ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outros:	( ) Alginato ( ) Carvão ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outros:
Troca	( ) 1D ( ) 2D ( ) 3D ( ) Outro:	( ) 1D ( ) 2D ( ) 3D ( ) Outro:
Profissional que realizou o procedimento	[illegible]	[illegible]
Observações:		

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
	Paciente: Reginaldo Andrade Duarte		Data: 22/01/2019
	Leito: 12-B		

Localização	Região: MSD Grau: I ( ) II (✓)	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) PPT ( ) IVP (✓) Queimadura ( ) Úlcera ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outros:	( ) PPT ( ) IVP ( ) Queimadura ( ) Úlcera ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outros:
Aparência do Leito	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização (✓) Ferida Fechada ( ) Dreno/ Sonda ( ) Outros	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Dreno/Sonda ( ) Outros
Pele Perilesional	(✓) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seca ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso (✓) Sanguinolento ( ) Seroso-sanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroso-sanguíneo ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado (✓) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	(✓) Soro Fisiológico 0,9% (✓) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:	( ) Gaze ( ) Colagenase/Fibrinase ( ) Sulfadiazina de Prata ( ) Hidrogel ( ) Outro:
Troca	( ) 12/12 ( ) 24/24 ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) 24/24 ( ) 48/48h
Profissional que realizou procedimento	Nome: Maria Aparecida Coren: 37[illegible]	
Observações:		

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

120-6

DATA DE ADMISSÃO		DIH	####/###	DN	########
PACIENTE	RONALDO ANDRADE DUARTE				
DIAGNÓSTICO	FX EXPOSTA DO FEMUR DISTAL D				
LEITO		HAS	SIM	DM2	
		LEITO	120-S	DATA	23/09/2019
IDADE	23				

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIPIRONA 2G EV	SN
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	SN
3	DIPIRONA 30DPM/G EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN	SN
5	TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA	SN
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG	SN
11	SSVV - CGGS 6/6 H	SN
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	SN
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	SUCRATIVO DIAMICRON	SUSPENSO
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	
17	CEFUROXIMA 750MG EV DE 8/8H	
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	
19		
20		

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR	T
6 H	90x60	92	20	36,2
12 H	100x60	92	20	36,0
18 H	100x80	92	20	36,8
24 H	120x80	94		

12h: benzidas e administradas sem indicações

120-6

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

DATA DA ADMISSÃO	D/H	DN	
FACULTIVO	REDUÇÃO ANATÔMICA DA FRATURA		
DIAGNÓSTICO	FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL D		
ALERGIA	TIPO:	SIM	DM2
		100-S	DATA 24/08/2015

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA GERAL VO	SND
2	DIPIRONA 500MG EV CADA 40 GOTAS VO DE 6/6H	
3	TRAMADOL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DL 8/8H SF DOT IN LONGA	SEV
4	TENORMIN 25 MG VO SE FC > 100 E OU PAD > 110 MMHG	SE
11	SONDA FOLEY 8/8	
12	TRAMADOL 50MG VO DE 8/8H EN	
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
14	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	SUSPENSO
15	CLINDAMICINA 300MG EV DE 6/6H	
16	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	
17	[illegible] 200MG EV DE 12/12H	
18		
19		
20		

EVOLUÇÃO MÉDICA

[illegible] em [illegible] DIA
[illegible] Dimensões, [illegible]
[illegible] Dimensões

CUIDADOS PRAETICOS PÓS RECUPERAÇÃO DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (2

SINAIS VITAIS						
HR	PA	FC	FR			
12 H	[illegible]	[illegible]		[illegible]		
18 H						
24 H	[illegible]	[illegible]				

[illegible]

Observação: Paciente [illegible] CPAM, [illegible] item 19 / [illegible] [illegible], alerta [illegible] 02 [illegible]

120-6

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas - HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013	Atualizada: 12/2018
		Paciente: REGINALDO ANDRADE DUARTE		
		Leito: 300-6		Data: 24/08/19

Localização	Região: MIE Grau: I ( ) II ( )	Região: Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) Venosa ( ) Arterial ( ) Mista ( ) Pressão ( ) Diabética ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outros:	( ) Venosa ( ) Arterial ( ) Mista ( ) Pressão ( ) Diabética ( ) Trauma ( ) Tração ( ) Fixador Externo ( ) Ortopedia ( ) Outros:
Aspectos Gerais	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Tecido Novo ( ) Outros_	( ) Necrose Amarela/Negra ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Ferida Fechada ( ) Tecido Novo ( ) Outros_
Pele Perilesional	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seco ( ) Eczema / Rubor ( ) Outros:	( ) Normal ( ) Macerado ( ) Seco ( ) Eczema / Rubor ( ) Outros:
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroso/Sanguinolento ( ) Seco ( ) Outro:	( ) Purulento ( ) Seroso ( ) Sanguinolento ( ) Seroso/Sanguinolento ( ) Seco ( ) Outro:
Quantidade de Exsudato	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco	( ) Molhado ( ) Úmido ( ) Seco
Solução de Limpeza	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Clorexidina 2% ( ) Álcool 70%
Cobertura primária	( ) Gaze ( ) Compressas Odiáveis ( ) Sulfadiazina ( ) Prata ( ) Hidrogel ( ) Outros:	( ) Gaze ( ) Compressas Odiáveis ( ) Sulfadiazina ( ) Prata ( ) Hidrogel ( ) Outros:
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou o procedimento	[illegible]	
Observações:		

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

DATA DA ADMISSÃO: DIA ##/##/## DIU ##/##/##

PACIENTE: [illegible] ALVORADA QUARTE

DIAGNÓSTICO: EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIA	HAS	SIM	DM2
IDADE 23	LEITO	120-B	DATA 25/08/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN	
3	CETIRONA 500MG EV DE 4/4 GOTAS VO DE 8/8H	
5	TRAMAL 100MG + SF0,9% 100ML EV DE 6/6H SE DOR INTENSA	
10	CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 10 MMHG	
11	DIPIRONA 500MG 6/6 H	
12	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
13	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
15	LAXATIVO DIÁRIO	
16	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	SUSPENSO
17	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H	
18	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	
19	[illegible]TIL 20MG EV DE 12/12H	
20	fisioterapia motora em MIE [illegible] DELLIO E PE	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

Dr. Walter Soares
Cirurgião Ortopedista
CRM 1268/03

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
Av. Urucu, Alvorada Gerais, S/N
Boa Vista - RR (95) 3621-8620
RECEPÇÃO
02 SET 2019
Cópia de Documento
Conforme o Original
Hospital Geral de Roraima

SINAIS VITAIS					
6 H	PA	FC	FR	[illegible]	
12 H	[illegible]	[illegible]	[illegible]	[illegible]	
18 H	[illegible]	[illegible]		[illegible]	
24 H	[illegible]	[illegible]			

Obs: Paciente [illegible], aferição [illegible]

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

HGR	Núcleo de Enfermagem em Tratamento de Feridas HGR	Protocolo nº 1	Versão:08	Elaborada: 02/2013 · Atualizada: 12/2018
		Paciente: Reginaldo Andrade Duarte		
		Leito: 320-6	Data: 25/08/2024	

Localização	Região: MZD Grau: I ( ) II ( )	Região: MZD Grau: I ( ) II ( )
Etiologia	( ) PP I, II, III, IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma ( ) Outro	( ) PP I, II, III, IV ( ) Queimadura ( ) Cirurgia ( ) DM ( ) Vascular ( ) Trauma: ___ Dreno ( ) Fixador Externo ( ) Amputação ( ) Outro:
Aparência da ferida	( ) Necrose: Amarela/Fibrina ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Bordas Fechadas ( ) Tecido Saudável ( ) Outros	( ) Necrose: Amarela/Fibrina ( ) Esfacelo ( ) Granulação ( ) Epitelização ( ) Bordas Fechadas ( ) Tecido Saudável ( ) Outro
Características da pele	( ) Normal ( ) Maceração ( ) Eczema ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro	( ) Normal ( ) Maceração ( ) Eczema ( ) Eritema / Rubor ( ) Outro
Tipo de Exsudato	( ) Purulento ( ) Sanguinolento ( ) Seroso ( ) Seroso sanguinolento ( ) Seco ( ) Outro	( ) Purulento ( ) Sanguinolento ( ) Seroso sanguinolento ( ) Seco ( ) Outro
Quantidade de exsudato	( ) Molhada ( ) Seco	( ) Molhada ( ) Seco
Solução de limpeza	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Água Oxigenada ( ) Água 30%	( ) Soro Fisiológico 0,9% ( ) Água Oxigenada ( ) Água 30%
Cobertura / Curativo	( ) Gaze ( ) Colagenase ( ) Sulfadiazina ( ) Hidrogel ( ) Outro	( ) Gaze ( ) Colagenase ( ) Sulfadiazina ( ) Hidrogel ( ) Outro
Troca	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h	( ) 12/12 ( ) Diário ( ) 48/48h
Profissional que realizou o procedimento	Nome: Sla Coren: 2[illegible]	Nome: Sla Coren: [illegible]
Observações		

206

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

DATA DE ADMISSÃO: Dia ##/##/## Dia ########

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
LEITO:

IDADE	29	LEITO	SIGA 120-E	DATA 24/06/2019

ITEM	PRESCRIÇÃO	HORÁRIO
1	DIETA ORAL LIVRE	
2	[illegible] 10MG EV 8/8H SN	
3	DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H	24/06
4	TRAMA 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 6/6H SE DOR INTENSA	
5	[illegible] VO SE PAS > 130 E OU PAD > 100 MMHG	
6	[illegible]	
7	TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN	
8	OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA	
9	CURATIVO DIÁRIO	
10	CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA	SUSPENSO
11	CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H	12:18 24/06
12	CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H	22
13	TAVANIL 200MG EV DE 12/12H	20
20	Isolerstrk [illegible] MIR [illegible] OSLINO E PF	

EVOLUÇÃO MÉDICA:

[illegible]

SINAIS VITAIS	PA	FC	FR				
6 H							
12 H							
18 H							
24 H							

120-b

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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / INSS

PACIENTE _____ ANOS,
DATA ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA ___/___/___, COM
DIAGNÓSTICO DE _____

NO DIA ___/___/___ FOI REALIZADO TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
_____ SENDO
OPERADO PELO DR. _____

RECEBEU ALTA HOSPITALAR NO DIA ___/___/___, ÀS _____, EM
BOM ESTADO GERAL, SEM QUEIXAS ÁLGICAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
GERAL DE RORAIMA NO DIA ___/___/___, ÀS _____, COM O
_____

_____

OBSERVAÇÕES GERAIS:

1- ANOTADAS QUANDO REALIZADO CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES.
2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELO MÉDICO.
3- NÃO RETIRAR GESSOS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
4- QUANDO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
5- NÃO HAVERÁ RETORNO AMBULATORIAL.
6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL, REALIZAR RX COM 01(UM) DIA DE ANTECEDÊNCIA, LEVAR RX ANTERIOR E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
SEP 2019

PACIENTE RECEBEU ALTA HOSPITALAR SOB ORIENTAÇÃO DO DR. _____

_____

DATA ALTA ___/___/___

MÉDICO

GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME: Carlos Medeiros

O paciente, Raimundo Andrade Duarte, vítima de acidente de moto (19/01/2019) com trauma direito de MID c/ fratura cominutiva do fêmur (D): foi feito tratamento cirúrgico de emergência c/ fixador externo e após cirurgia definitiva (20/8/2019) c/ acompanhamento ambulatorial c/ plano - fisioterapia.

Após consolidação e fisioterapia após 5 meses do acidente, teve alta de ortopedia.

Atualmente queixa de dor local após esforço.

Exame Complementar: Radiografia total fêmur (D): 4ª
p/ fisioterapia + fêmur (D)
notícia interna do MID

HD: Sequela de fratura cominutiva do 1/3 medio distal do fêmur (D) c/ trajeto intracontular em artrodese
Quantitativa

Paciente c/ limitação importante do movimento do joelho (D) em parabitude de deambulação gravemente o/ dor ortostatismo prolongado c/ deficit funcional irreversível em MID

DATA: 22/01/2020

Carlos Eduardo de Oliveira Guerra
Médico Ortopedista Acupunturista
CRM 2287
ASSINATURA E CARIMBO

TRABALHADOR

Esta é sua **Carteira de Trabalho - CTPS**, instituida pelo então Presidente Getulio Vargas, por intermédio do Decreto nº. 22.035 de 29.10.1932 e posteriormente reformulada pelo Decreto-lei nº 5452 de 01.05.1945 que aprovou a CLT. Ela é o documento obrigatório para o exercício de qualquer emprego ou atividade profissional.

Nela deverão ser registrados todos os dados do Contrato de Trabalho, elementos básicos para o reconhecimento dos seus direitos perante a Justiça do Trabalho, bem como para a obtenção da aposentadoria e demais benefícios Previdenciários, garantindo, ainda, sua habilitação ao seguro desemprego e ao fundo de Garantia do Tempo de Serviço - FGTS.

O conjunto de anotações contido neste documento e o seu estado de conservação, espelham a conduta a qualificação e as atividades profissionais do seu portador.

Pela sua importância, é seu dever protegê-la e Cuidá-la, pois além de conter o registro de sua vida Profissional e a garantia da preservação e validade de seus direitos como trabalhador e cidadão, contribui para assegurar o seu futuro e o de seus dependentes, tendo validade, também, como documento de identificação.

CONFECCIONADA COM RECURSOS DO FAT - FUNDO DE AMPARO AO TRABALHADOR.

VISITE O PORTAL MTE: WWW.MTE.GOV.BR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

MINISTÉRIO DO TRABALHO E EMPREGO

CARTEIRA DE TRABALHO E PREVIDÊNCIA SOCIAL

203.45704.84-8

2309298 | 003-0 | RR

Reginaldo Andrade Duarte

ASSINATURA DO TITULAR

QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO

REGINALDO ANDRADE DUARTE

FILIAÇÃO.....: RENATO DUARTE BEZERRA
EDINALVA ANDRADE DA SILVA

NASCIMENTO....: 01/01/1991 SEXO: MASCULINO
ESTADO CIVIL....: SOLTEIRO
NATURALIDADE: BOA VISTA - RR
DOCUMENTO.....: C. I. 3504573 17/08/2006 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1995

CPF: 015.002.742-75 CNH:
TIT. ELEITOR: SEÇÃO: ZONA:

LOCAL/DATA DE EMISSÃO: SRTE/RR - 03/09/2009

ASSINATURA DO EMISSOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO _____

DATA DE NASC. DE __/__/__ PARA __/__/__

DOCUMENTO _____

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME _____

DOCUMENTO _____

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME _____

DOCUMENTO _____

MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME _____

DOCUMENTO _____

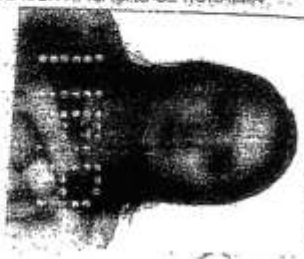
MOTIVO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

L E G E N D A			
A - CASAMENTO B - SEP. JUDICIAL	C - DIVÓRCIO D - ADOÇÃO	E - RECONHECIMENTO DE PATERNIDADE F - MUDANÇA VOLUNTÁRIA	G - DATA DE NASCIMENTO

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL

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



ASSINATURA DO TITULAR

CARTEIRA DE IDENTIDADE

VALIDA EM TODO O TERRITÓRIO NACIONAL

REGISTRO GERAL 30.232

DATA DE EXPEDIÇÃO 17/07/2002

NOME LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

FILIAÇÃO
ERNESTO ALVES DE SOUZA / LIDIA FREIRE AMORIM

NATURALIDADE
BOA VISTA-RR

DATA DE NASCIMENTO
14/03/1971

DOC ORIGEM
CC: 3786 F.260 L.B-12 BOA VISTA-RR.

CPF 204316282 - 13

Ramiro Francisco da Silva Junior
ASSINATURA DO DIRETOR

LEI N° 7.116 DE 29/08/83

REPÚBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTÉRIO DAS CIDADES

DENATRAN

DETRAN - RR

Nº 013774675650

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

VIA: 01

COD. RENAVAM: 01169980861

INTR.: 45674614656

NOME/ENDEREÇO:
CLAUDILENE FERNANDES DOS SANTOS
R BRIB DO AR N MOURA
DR SILVIO BOTELHO Nro:435
BOA VISTA-RR 69314490

CPF/CNPJ: 897.251.232-04

PLACA: NAS6636

NOME ANTERIOR: RORAIMA MOTORES LTDA

PLACA ANT/UF:

CHASSI: 9C2KC2500KR003923

ESPÉCIE/TIPO: PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.

COMBUSTÍVEL: GASOLINA

MARCA/MODELO: HONDA/CG 160 START

ANO FAB: 2018

ANO MOD: 2019

CAP/POT/CIL: 2P/0162CC/

CATEGORIA: PARTICU

COR PREDOMINANTE: VERMELHA

OBSERVAÇÕES:
AL.FID. ADM DE CONS NACIONAL HONDA LTD *
PROIB SAI DA AMAZO OCID *

CHAPA: 8M

LOCAL: BOA VISTA-RR

Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR

DATA: 30/11/2018

CONTRAN

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

S6 55 28

IDENTIFICAÇÃO DO SINISTRO

ASL-0442620/19

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

CPF: 015.002.742-75

Seguradora: GENTE SEGURADORA S/A

CPF de: Próprio

Data do acidente: 19/07/2019

Titular do CPF: REGINALDO ANDRADE DUARTE

DOCUMENTOS APRESENTADOS

Sinistro

Boletim de ocorrência
Comprovação de registro de acidente declarado
Declaração de Inexistência de IML
Documentação médico-hospitalar
Documentos de identificação
DUT
Outros

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES : 294.316.382-15

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

REGINALDO ANDRADE DUARTE : 015.002.742-75

Autorização de pagamento
Comprovante de residência

ATENÇÃO

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

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

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

Portador da documentação apresentada

Data da apresentação: 10/12/2019
Nome: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES
CPF: 294.316.382-15

LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Responsável pelo cadastramento na seguradora

Data do cadastramento: 10/12/2019
Nome: GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA
CPF: 104.396.626-99

GLORIA DOS SANTOS ALMEIDA

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO

Descrição do exame físico: APRESENTA FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, INSTABILIDADE ARTICULAR E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DA PERNA DIREITA COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO, FOI SUBMETIDA A OSTEOSSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU INTENSO.
VÍTIMA JÁ INDENIZADA COM 50% DO JOELHO DIREITO EM AVALIAÇÃO ANTERIOR, INDENIZAÇÃO ADICIONAL DE 57,2%.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 57,2 %	40,04%	R$ 5.405,40
		Total	**40,04 %**	**R$ 5.405,40**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO

Descrição do exame físico: APRESENTA FORÇA MUSCULAR DIMINUÍDA, ENCURTAMENTO DO MEMBRO INFERIOR DIREITO, INSTABILIDADE ARTICULAR E DÉFICIT DOS MOVIMENTOS DA PERNA DIREITA COM COMPROMETIMENTO DA MARCHA.

Resultados terapêuticos: VÍTIMA SOFREU FRATURA EXPOSTA DO FÊMUR DIREITO, FOI SUBMETIDA A OSTEOSSÍNTESE E TRATAMENTO FISIOTERAPÊUTICO. ESTÁ DE ALTA.

Sequelas permanentes: RESTRIÇÃO FUNCIONAL EM MEMBRO INFERIOR DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Data do exame físico: 06/02/2020

Conduta mantida: Não

Observações: DE ACORDO COM O EXAME FÍSICO DO MÉDICO EXAMINADOR, PERMANECEU DEFICIÊNCIA NO MEMBRO INFERIOR DIREITO EM GRAU INTENSO.
VÍTIMA JÁ INDENIZADA COM 50% DO JOELHO DIREITO EM AVALIAÇÃO ANTERIOR, INDENIZAÇÃO ADICIONAL DE 57,2%.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda funcional completa de um dos membros inferiores	70 %	Em grau médio - 57,2 %	40,04%	R$ 5.405,40
		Total	**40,04 %**	**R$ 5.405,40**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P5
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL DIREITO. PR 3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PR 5
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 13/12/2019

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Não

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL DIREITO. P3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). P5
ALTA.

Sequelas permanentes: LIMITAÇÃO DO ARCO DOS MOVIMENTOS DO JOELHO DIREITO.

Sequelas: Com sequela

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas: APRESENTA APÓS ANÁLISE MÉDICO DOCUMENTAL DEBILIDADE FUNCIONAL MODERADA DO JOELHO DIREITO.

Documentos complementares:

Observações:

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 50 %	12,5%	R$ 1.687,50
		Total	**12,5 %**	**R$ 1.687,50**

PARECER DE ANÁLISE MÉDICA

Seguradora LIDER
Administradora do Seguro DPVAT

DADOS DO SINISTRO

Número: 3190688912 **Cidade:** Boa Vista **Natureza:** Invalidez Permanente
Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE **Data do acidente:** 19/07/2019 **Seguradora:** GENTE SEGURADORA S/A

PARECER REALIZADO COM BASE NA DOCUMENTAÇÃO MÉDICA APRESENTADA PELA VÍTIMA

Data da análise: 29/01/2020

Valoração do IML: 0

Perícia médica: Sim

Diagnóstico: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL DIREITO. PR 3

Resultados terapêuticos: TRATAMENTO CIRÚRGICO (OSTEOSSÍNTESE). PR 5
ALTA.

Sequelas permanentes:

Sequelas:

Documento/Motivo:

Nome do documento faltante:

Apontamento do Laudo do IML:

Conduta mantida:

Quantificação das sequelas:

Documentos complementares:

Observações: @1
SOLICITO PERÍCIA PARA FINS DE ESCLARECER DIAGNOSTICO, TRATAMENTO, E SEQUELAS PERMANENTES, CASO EXISTAM. NA VIGÊNCIA DESTAS INFORMAR PRESENÇA DE LIMITAÇÃO FUNCIONAL E ÂNGULOS DE BLOQUEIO AOS MOVIMENTOS ARTICULARES, CASO PRESENTES.

Este parecer substitui os demais pareceres anteriores a esta data.

DANOS

DANOS CORPORAIS COMPROVADOS	Percentual da Perda (Tabela da Lei 6.194/74)	Enquadramento da Perda (art 3º § 1º da Lei 6.194/74)	% Apurado	Indenização pelo dano
Perda completa da mobilidade de um joelho	25 %	Em grau médio - 0 %	0%	R$ 0,00
		Total	**0 %**	**R$ 0,00**

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190688912
Nome do(a) Examinado(a):	REGINALDO ANDRADE DUARTE
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA BRIGADEIRO DO AR NERO MOURA 435 DOUTOR SÍLVIO BOTELHO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	015.002.742-75
Data e local do acidente:	19/07/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/02/2020

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR D

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

VITIMA FEZ USO DE FIXADOR E POSTERIOR OSTEOSSINTESE, FEZ FISIOTERAPIA (20 SESSÕES); ALTA EM DEZEMBRO DE 2019

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

MID: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO D + INSTABILIDADE ARTICULAR + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + ENCURTAMENTO DO MEBRO DE 3-4CM: CLAUDICAÇÃO AO DEMABULAR + USO DE MULETAS

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

(X) SIM ( ) NÃO

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

(X) SIM ( ) NÃO

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

MID: COMPROMETIMENTO ANATOMO-FUNCIONAL GRAVE

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em __ dias.

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

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

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

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

Carimbo com nome e CRM

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

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

Documento confidencial, de circulação restrita, regida por sigilo.

Número do sinistro:	3190688912
Nome do(a) Examinado(a):	REGINALDO ANDRADE DUARTE
Endereço do(a) Examinado(a):	RUA BRIGADEIRO DO AR NERO MOURA 435 DOUTOR SÍLVIO BOTELHO
Identificação - Órgão Emissor / UF / Número:	015.002.742-75
Data e local do acidente:	19/07/2019 BOA VISTA - RR
Data e local do exame:	BOA VISTA/RR, 06/02/2020

Resultado da Avaliação Médica

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

VITIMA DE COLISÃO MOTO/MOTO COM CONSEQUENTE FRATURA EXPOSTA DO FEMUR D

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

VITIMA FEZ USO DE FIXADOR E POSTERIOR OSTEOSSINTESE, FEZ FISIOTERAPIA (20 SESSÕES); ALTA EM DEZEMBRO DE 2019

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

MID: GONARTROSE + COMPROMETIMENTO DA AMPLITUDE ARTICULAR DO JOELHO D + INSTABILIDADE ARTICULAR + COMPROMETIMENTO DA FORÇA MOTORA DE SUSTENTAÇÃO + ENCURTAMENTO DO MEBRO DE 3-4CM: CLAUDICAÇÃO AO DEMABULAR + USO DE MULETAS

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

(X) SIM ( ) NÃO

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

(X) SIM ( ) NÃO

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

MID: COMPROMETIMENTO ANATOMO-FUNCIONAL GRAVE

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

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

( ) "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em __ dias.

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

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

Região Corporal (Sequela): MEMBRO INFERIOR DIREITO

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

Região Corporal (Sequela):

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

Região Corporal (Sequela):

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

Seguradora Líder dos Consórcios do Seguro DPVAT

Região Corporal (Sequela):

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

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

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

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

Carimbo com nome e CRM

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

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

Rio de Janeiro, 12 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190688912 **Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE**

Data do Acidente: 19/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: ABERTURA DE PEDIDO DO SEGURO DPVAT

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

Informamos que o seu pedido do Seguro DPVAT foi cadastrado.

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

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 25 de Dezembro de 2019

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190688912 **Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE**

Data do Acidente: 19/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 1.687,50

Dano Pessoal: Perda completa da mobilidade de um joelho 25%
Graduação: Em grau médio 50%
% Invalidez Permanente DPVAT: (50% de 25%) 12,50%
Valor a indenizar: 12,50% x 13.500,00 = R$ 1.687,50

Recebedor: **REGINALDO ANDRADE DUARTE**
Valor: **R$ 1.687,50**
Banco: **104**
Agência: **000003906**
Conta: **000002019-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 30 de Janeiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190688912

Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

Data do Acidente: 19/07/2019

Cobertura: INVALIDEZ

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: INTERRUPÇÃO DO PRAZO DE ANÁLISE

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

Após a análise dos documentos apresentados no pedido do Seguro DPVAT, foi verificada a necessidade de realização de avaliação médica presencial para a identificação e/ou enquadramento da invalidez permanente de acordo com a tabela prevista na Lei nº 6.194, de 1974.
O prazo de 30 (trinta) dias para análise do seu pedido fica interrompido e sua contagem será reiniciada após a emissão do laudo da avaliação médica.
O não comparecimento à avaliação médica agendada poderá gerar o cancelamento do pedido do Seguro DPVAT.
Uma das coberturas do Seguro DPVAT é o reembolso de despesas médicas e suplementares - DAMS. Caso existam despesas devidamente comprovadas, decorrentes do mesmo acidente e ainda não solicitadas, acesse o nosso site para maiores informações.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 17 de Fevereiro de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190688912 **Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE**

Data do Acidente: 19/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: NOVA TENTATIVA DE PAGAMENTO

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

Comunicamos que o banco indicado para recebimento do Seguro DPVAT rejeitou o depósito por problemas nos dados informados e, com isso, não foi possível concluir o seu pagamento.

Para nova tentativa de depósito, será necessário o envio de novo formulário de Autorização de Pagamento com os dados bancários atualizados e devidamente assinado.

O formulário está disponível no nosso site e deverá ser entregue na GENTE SEGURADORA S/A, ponto de atendimento onde o pedido do Seguro DPVAT foi feito.

O prazo de 30 (trinta) dias para pagamento do Seguro PVAT foi interrompido e sua contagem será reiniciada assim que a seguradora receber o documento solicitado. Caso não seja entregue em até 180 (cento e oitenta) dias, contados do recebimento desta carta, o pedido do Seguro DPVAT será cancelado.

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

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

Rio de Janeiro, 05 de Março de 2020

Nº do Pedido do Seguro DPVAT: 3190688912 **Vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE**

Data do Acidente: 19/07/2019 **Cobertura: INVALIDEZ**

Procurador: LUANA AMORIM DE SOUZA LOPES

Assunto: PAGAMENTO DE INDENIZAÇÃO

Senhor(a), REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

Multa:	R$ 0,00
Juros:	R$ 0,00
Total creditado:	R$ 5.405,40

Dano Pessoal: Perda funcional completa de um dos membros inferiores 70%
Graduação: Em grau médio 57.2%
% Invalidez Permanente DPVAT: (57.2% de 70%) 40,04%
Valor a indenizar: 40,04% x 13.500,00 = R$ 5.405,40

Recebedor: **REGINALDO ANDRADE DUARTE**
Valor: **R$ 5.405,40**
Banco: **104**
Agência: **000003906**
Conta: **000002019-8**
Tipo: **CONTA POUPANÇA**

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

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

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

Atenciosamente,

Seguradora Líder-DPVAT

Estamos aqui para Você

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL: 3190688912 | 3 - CPF da vítima: 01500274275 | 4 - Nome completo da vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: REGINALDO ANDRADE DUARTE | 6 - CPF: 01500274275

7 - Profissão: AUTONOMO | 8 - Endereço: R. BRIG DO AR NERO MOURA | 9 - Número: 435 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: SILVIO BOTELHO | 12 - Cidade: BOA VISTA | 13 - Estado: RR | 14 - CEP: 69314490

15 - E-mail: JUANNA.SOUZA471@HOTMAIL.COM | 16 - Tel.(DDD): 95991168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal: —

18 - CPF do Representante Legal: — | 19 - Profissão do Representante Legal: —

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

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

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

AGÊNCIA: 3906 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00002019 8 (Informar o dígito se existir)

☐ **CONTA CORRENTE** (Todos os bancos)

Nome do BANCO: _____

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo | 24 - Data do óbito da vítima:

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

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo) _____

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

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data, BOA VISTA, 23/02/2020

Reginaldo Andrade Duarte

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

SDS 001 V002/2019

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima: 01500274275
4 - Nome completo da vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: REGINALDO ANDRADE DUARTE
6 - CPF: 01500274275
7 - Profissão: AUTÔNOMO
8 - Endereço: R. BRIG DO AR NERO MOURA
9 - Número: 435
10 - Complemento:
11 - Bairro: SINIO BOTELHO
12 - Cidade: BOA VISTA
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69314490
15 - E-mail: LUANNA.50022471@HOTMAIL.COM
16 - Tel (DDD): 95999168367

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

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

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

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

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3906 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00002019 8 (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

40 - Local e Data, BOA VISTA, 26/11/2019.

Reginaldo Andrade Duarte
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

Seguradora LÍDER
Administradora do Seguro DPVAT

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro ou ASL:
3 - CPF da vítima: 01500274275
4 - Nome completo da vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

DADOS CADASTRAIS

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

5 - Nome completo: REGINALDO ANDRADE DUARTE
6 - CPF: 01500274275
7 - Profissão: AUTÔNOMO
8 - Endereço: R. BRIG DO AR NERO MOURA
9 - Número: 435
10 - Complemento:
11 - Bairro: SINIO BOTELHO
12 - Cidade: BOA VISTA
13 - Estado: RR
14 - CEP: 69314490
15 - E-mail: LUANNA.50022471@HOTMAIL.COM
16 - Tel (DDD): 95999168367

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

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

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

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

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

☒ **CONTA POUPANÇA** (Somente para os bancos abaixo. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)
AGÊNCIA: 3906 ☐ (Informar o dígito se existir) CONTA: 00002019 8 (Informar o dígito se existir)

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

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

NÃO ALFABETIZADO

34 Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

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

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

40 - Local e Data, BOA VISTA, 26/11/2019.

Reginaldo Andrade Duarte
41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 021614/2019-A01

DADOS DO REGISTRO

Data/Hora Início do Registro: 14/10/2019 07:53 Data/Hora Fim: 14/10/2019 07:56
Origem: Polícia Militar Nº do Documento: ROP/PM/RR Nº 811056-J Data: 19/07/2019
Delegado de Polícia: Wulpslander Trajano Junior

DADOS DA OCORRÊNCIA

Afeto: Plantão Central
Data/Hora do Fato: 19/07/2019 18:23

Local do Fato

Bairro: Jóquei Clube

Município: Boa Vista (RR)
Logradouro: RUA MAURO CAMPELLO CRUZAMENTO COM A AV:RIO MUCAJAI
Complemento: CRUZAMENTO

Tipo do Local: Via Pública

Natureza	Meio(s) Empregado(s)
1232: DIRIGIR VEÍCULO SEM A DEVIDA PERMISSÃO PARA DIRIGIR OU CNH OU, AINDA, SE CASSADO O DIREITO DE DIRIGIR, GERANDO PERIGO DE DANO (Art. 309 da Lei dos crimes de trânsito - CTB)	Veículo

ENVOLVIDO(S)

Nome Civil: REGINALDO ANDRADE DUARTE (VÍTIMA (AUSENTE))

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 01/01/1991
Profissão: Tatuador
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Edinalva Andrade da Silva Nome do Pai: Renato Duarte Bezerra

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 350457-3

Endereço

Município: Boa Vista - RR
Logradouro: RUA, DO ARNEIRO MOURA NUMERO 435 Dr SILVIO Nº: 1061
Bairro: Pintolândia

Nome Civil: IRANILSON DA SILVA VERAS (SUPOSTO AUTOR/INFRATOR)

Nacionalidade: Brasileira Naturalidade:RR - Boa Vista Sexo: Masculino Nasc: 17/02/1999
Escolaridade: Ensino Fundamental Completo
Profissão: Motoboy
Estado Civil: Solteiro(a)
Nome da Mãe: Vanda da Silva Nome do Pai: Jose Iran de Andrade Veras

Documento(s)

RG - Carteira de Identidade: 454569-9
CPF - Cadastro de Pessoas Físicas: 700.175.622-95

Endereço

Município: Boa Vista - RR Nº: 691
Logradouro: Av. Brigadeiro
Bairro: São Bento

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 021614/2019-A01

Telefone: (95) 99146-8064 (Celular)

Razão Social: ROP/PM/RR Nº 811056-J (COMUNICANTE)

Ramo de Atuação: Órgão público

Representante: Rop/pm/rr Nº 811056-j

Endereço

Município: Boa Vista - RR

OBJETO(S) ENVOLVIDO(S)

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 897.251.232-04

Placa NAS6636

Renavam 01169980861

Número do Motor KC25E0K003955

Número do Chassi 9C2KC2500KR003923

Ano/Modelo Fabricação 2019/2018

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 160 START

Modelo HONDA/CG 160 START

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Envolvido

Última Atualização Denatran 30/11/2018

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO - ALIENACAO FIDUCIARIA

Nome Envolvido	Envolvimentos
Reginaldo Andrade Duarte	Possuidor

Grupo Veículo

Subgrupo Motocicleta/Motoneta

CPF/CNPJ do Proprietário 015.061.922-70

Placa NAN6972

Renavam 00455402639

Número do Motor KC16E5C533312

Número do Chassi 9C2KC1650CR533312

Ano/Modelo Fabricação 2012/2012

Cor VERMELHA

UF Veículo Roraima

Município Veículo Boa Vista

Marca/Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Modelo HONDA/CG 150 TITAN ESD

Veículo Adulterado? Não

Quantidade 1 Unidade

Situação Meio Empregado

Última Atualização Denatran 18/02/2019

Situação do Veículo REST.BEN.TRIBUTARIO

Nome Envolvido	Envolvimentos
Iranilson da Silva Veras	Possuidor

RELATO/HISTÓRICO

Senhor (a) Delegado (a)

Informo-vos que fomos acionados pela central para atender uma ocorrência de transito no endereço acima citado. Ao chegarmos ao local constatamos um acidente de transito envolvendo os veículo acima citados. Segundo informação dos envolvidos o condutor item (1), TRAFEGAVA COM SUA MOTOCICLETA HONDA /CG 150 TITAN DE COR VERMELHA DE PLACA NAN-6972 PELA AV : RIO MUCAJAI SENTIDO BAIRRO: JOQUEI CLUBE E AO CHEGAR NO CRUZAMENTO COM A RUA MAURO CAMPELLO ,TENTOU REALIZAR UMA CONVERSÃO A ESQUERDA , MOMENTO QUE FOI COLIDIDO NA LATERAL ESQUERDA DE SUA MOTOCICLETA PELO ITEM 02 QUE TRAFEGAVA EM SUA MOTOCICLETA HONDA /CG 160 START DE COR VERMELHA E PLACA NAS 6636 PELA RUA: MAURO CAMPELO SENTIDO BAIRRO CENTENÁRIO E QUE NÃO CONSEGUIU EVITAR A COLISÃO. INFORMO QUE O SAMU TEVE NO LOCAL E QUE CONDUZIU O ITEM 02 AO HGR COM POSSÍVEL FRATURA E QUE NÃO FOI POSSÍVEL O ACIONAMENTO DA PERECIA POIS O LOCAL JÁ HAVIA SIDO VIOLADO E QUE FOI FEITA AS CONSULTAS DOS VEÍCULOS ENVOLVIDOS E ESTAVAM DEVIDAMENTE LICENCIADOS POREM AMBOS CONDUTORES NÃO POSSUI CNH OU PPD PARA DIRIGIR, SENDO FEITOS AS MEDIDAS ADMINISTRATIVAS CABÍVEIS E QUE O VEICULO DO ITEM 01 FICOU NA RESPONSABILIDADE DO SENHOR ALDRIO DA CRUZ MELO CNH 06630999571 E O VEICULO DO

BOLETIM DE OCORRÊNCIA

Nº: 021614/2019-A01

ITEM 02 RENATO DUARTE BEZERRA CNH 00612552750 .APRESENTO O ITEM 01 EM PERFEITO ESTADO FÍSICO PARA PROVIDENCIAS.ERA OQUE TINHA A RELATAR.

ASSINATURAS

DAT

Francinelson Cardoso Froz
Agente Carcerário
Matrícula 042000582
Responsável pelo Atendimento

AGENTE PENITENCIÁRIA
CONCEITO

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

Seguradora LÍDER

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do sinistro (ASL)	3 - CPF da vítima:	4 - Nome completo da vítima:
	01500274275	REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

DADOS CADASTRAIS

5 - Nome completo: REGINALDO ANDRADE DUARTE | 6 - CPF: 01500274275

7 - Profissão: AUTÔNOMO | 8 - Endereço: R. MARIA DO AR NERO MOURA | 9 - Número: 435 | 10 - Complemento:

11 - Bairro: SINUO BOTELHO | 12 - Cidade: BOA VISTA | 13 - Estado: RR | 14 - CEP: 69314490

15 - E-mail: LUANNA.SOUZA2710@HOTMAIL.COM | 16 - Telefone: 95999168367

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

17 - Nome completo do Representante Legal: —

18 - CPF do Representante Legal: — | 19 - Profissão do Representante Legal: —

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

20 - RENDA MENSAL DO TITULAR DA CONTA:

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

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

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para se tratar de conta-poupança. Assinale uma opção)
☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)
☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 (Informar o dígito se existir) CONTA: 00002019 8 (Informar o dígito se existir)

☐ CONTA CORRENTE (Salário, Poupança)
Nome do BANCO: —
AGÊNCIA: (Informar o dígito se existir) CONTA: (Informar o dígito se existir)

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

INVALIDEZ PERMANENTE

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

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

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

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

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

MORTE

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado Civil: ☐ Solteiro ☐ Casado ☐ Viúvo ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Outros

24 - Nome do cônjuge:

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

28 - Vítima teve filhos? ☐ Sim ☐ Não | 29 - Se teve filhos, informar Vivos: Falecidos: | 30 - Vítima deixou neta(o)/ta(o)? ☐ Sim ☐ Não | 31 - Vítima teve irmãos? ☐ Sim ☐ Não | 32 - Se teve irmãos, informar Vivos: Falecidos: | 33 - Vítima deixou pais/avós vivos? ☐ Sim ☐ Não

Estou ciente de que a Seguradora Líder pagará, caso receba, a indenização do Seguro DPVAT por morte àqueles beneficiários que se apresentarem e apresentarem a documentação, estando ciente, ainda, de que qualquer omissão ou declaração não verdadeira acarretará perda do direito ao recebimento, além da responsabilidade criminal por infração ao artigo 299 do Código Penal.

NÃO ALFABETIZADO

34 - Impressão digital do primeiro beneficiário efetuada

35 - Nome legível de quem assina a pedido (a rogo)

36 - CPF legível de quem assina a pedido (a rogo)

37 - Assinatura de quem assina a pedido (a rogo)

TESTEMUNHAS

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

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

40 - Local e Data: BOA VISTA, 26/11/2019.

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (de forma clara)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

CPF 001 VOLUNTÁRIO