

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Seguro (LSE): 3 - CPF da vítima: 045.002.742.75 4 - Nome completo da vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

5 - Nome completo: REGINALDO ANDRADE DUARTE 6 - CPF: 045.002.742.75
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R. BRIO DO AR NERO MOURA 9 - Número: 433 10 - Complemento:
11 - Bairro: SÍMIO BUTENHO 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69314-490
15 - E-mail: LUANNA.SOUZ22A71@HOTMAIL.COM 16 - Telefone: 95991168367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ REFUSO 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 DO INDIENSO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ CURADOR (TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para menores de idade. Adotar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00002019 8

(Informe o código de estado)

(Informe o código de estado)

☐ CONTA CORRENTE (Salvo para menores)

Nome do BANCO: _____

AGÊNCIA: _____ CONTA: _____

(Informe o código de estado)

(Informe o código de estado)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza 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 acompanhamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, bem como a concessão de prazo de 30 (trinta) dias, a contar da data de submissão à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes e evidentes de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.134/74.

Declaro que esta autorização não implica prévia concordância com a atuação pericial médica ou pericial no trânsito, e autorizo a avaliação médica, caso discordar, de seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE LIGAMOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: 24 - Sexo: 25 - Data de Nascimento: 26 - Nome completo: 27 - Se a vítima deixou beneficiário(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? 29 - Se filhos vivos, informar: 30 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 31 - Vítima tem irmãos? 32 - Se irmãos vivos, informar: 33 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 34 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo?

35 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 36 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 37 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 38 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo?

Estou ciente de que o Seguro DPVAT, por ser de natureza previdenciária, não gera direito à indenização por morte, sendo esta de responsabilidade da família, conforme o disposto no Artigo 259 do Código Penal.

39 - Nome legível de quem assina a pedido (a regra)
40 - CPF legível de quem assina a pedido (a regra)
41 - Assinatura de quem assina a pedido (a regra)

42 - 1ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha
43 - 2ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha

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

45 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver)

46 - Assinatura da Representante Legal (se houver)

47 - Assinatura do Procurador (se houver)



FICHA DE ATENDIMENTO

Nº 1355

EQUIPE SAMU BV

UNIDADE BRAVO I

EQUIPE:

Doremi / Loucival



Paciente:

Reginaldo Andreoli Marte

Idade: 28

Sexo: M

Nacionalidade:

Brasileiro

Raça: Branca [] Negra [] Parda [] Amarela [] Indígena-Etnia

Endereço:

Av. Mauro Campelo

Bairro:

João Cláudio

Nº

12140

DATA

19/07/19

HORA J/9:

18:25

BASE () VIA ()

() RÁDIO

Médico (a) Regulador (a):

Dr. Paulo

HORA J/10:

19:28

() CELULAR

MOTIVO

moto x moto

INÍCIO DOS SINTOMAS: Menos de 1 hora ()

1 a 3 horas ()

4 a 24 horas ()

Mais de 24 horas ()

Não sabe ()

TIPO DE OCORRÊNCIA CONSTATADA

- | | | | |
|--|--|---|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Acidente de trânsito | <input type="checkbox"/> Urgência psiquiátrica | <input type="checkbox"/> Queimadura | <input type="checkbox"/> Urgência obstétrica |
| <input type="checkbox"/> Agressão física / espancamento | <input type="checkbox"/> Tentativa de suicídio | <input type="checkbox"/> Choque elétrico | <input type="checkbox"/> Transferência |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAF | <input type="checkbox"/> Envenenamento | <input type="checkbox"/> Queda | <input type="checkbox"/> Exame complementar |
| <input type="checkbox"/> Agressão física - FAB | <input type="checkbox"/> Afogamento | <input type="checkbox"/> Urgência clínica | <input type="checkbox"/> Outros |

ACIDENTE DE TRÂNSITO

| VÍTIMA | MEIO DE LOCOMOÇÃO | OUTRA PARTE ENVOLVIDA | ITENS DE SEGURANÇA |
|--|---|---|---|
| <input type="checkbox"/> Pedestre | <input type="checkbox"/> A pé | <input type="checkbox"/> Ônibus | <input checked="" type="checkbox"/> Capacete |
| <input checked="" type="checkbox"/> Condutor | <input type="checkbox"/> Automóvel | <input type="checkbox"/> Micro-ônibus | <input type="checkbox"/> Cinto de segurança |
| <input type="checkbox"/> Passageiro | <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta | <input checked="" type="checkbox"/> Motocicleta | <input type="checkbox"/> Airbag |
| <input type="checkbox"/> Ignorado | <input type="checkbox"/> Bicicleta | <input type="checkbox"/> Ônibus | <input type="checkbox"/> Assento para criança |
| | | <input type="checkbox"/> Micro-ônibus | |

AVALIAÇÃO INICIAL

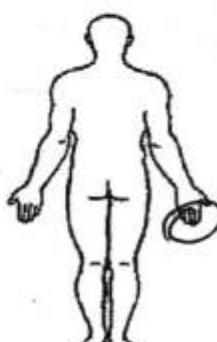
| VIAS AÉREAS | VENTILAÇÃO | CIRCULAÇÃO | AV. NEUROLÓGICA |
|--|-------------------------------------|--|--|
| <input checked="" type="checkbox"/> Livre | <input type="checkbox"/> Apnéia | <input type="checkbox"/> Bradicárdico | <input type="checkbox"/> Miose |
| <input type="checkbox"/> Obstrução Parcial | <input type="checkbox"/> Dispnéia | <input type="checkbox"/> Enchimento capilar acima de 2" | <input type="checkbox"/> Midríase |
| <input type="checkbox"/> Obstrução Total | <input type="checkbox"/> Bradipnéia | <input type="checkbox"/> Pulso radial ausente | <input type="checkbox"/> Anisocoria [] D [] E |
| <input type="checkbox"/> Corpo estranho | <input type="checkbox"/> Taquipnéia | <input type="checkbox"/> Pulso central ausente | <input type="checkbox"/> Aparentemente Alcoolizado |
| <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Cianose central [] Extremidade | <input type="checkbox"/> Agitação psicomotora |

SINAIS VITAIS E ESCORES

| Hora | P.A mm/hg | F.C Bpm | F.R Mpm | Set O ₂ % | T. Axilar °C | Glicemia | Esc. visual "DOR" | Glasgow |
|--------------|-----------|---------|---------|----------------------|--------------|----------|-------------------|---------|
| Início 18:50 | 120/80 | 73 | 19 | 98 | | | | |
| Fim 19:10 | 120/80 | 73 | 19 | 99 | | | | |

AVALIAÇÃO SECUNDÁRIA

| LESÃO IDENTIFICADA | ABERTURA OCULAR |
|----------------------------|-------------------------------|
| 1 - Dor | 4 - Espontânea |
| 2 - Hematoma | 3 - Ao comando |
| 3 - Contusão | 2 - A dor |
| 4 - Escoriação | 1 - Sem resposta |
| 5 - Laceração | |
| 6 - Luxação | RESPOSTA VERBAL |
| 7 - Fratura fechada | 5 - Orientado |
| 8 - Fratura exposta | 4 - Confuso |
| 9 - Amputação | 3 - Palavras inapropriadas |
| 10 - Evisceração | 2 - Palavras incompreensíveis |
| 11 - Afundamento de crânio | 1 - Sem resposta |
| 12 - Ferimento penetrante | |
| 13 - Tórax instável | RESPOSTA MOTORA |
| 14 - Enfisema subcutâneo | 6 - Obedece a comandos |
| 15 - Ferida aspirativa | 5 - Localiza a dor |
| 16 - Empalamento | 4 - Movimento de retirada |
| 17 - Outros | 3 - Flexão anormal |
| | 2 - Extensão anormal |
| | 1 - Sem resposta |



AVALIAÇÃO CARDÍACA

| AVALIAÇÃO CARDÍACA | AFECÇÃO CLÍNICA | HISTÓRIA PEGRESSA |
|--|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ritmo Sinusal | <input type="checkbox"/> Neurológica | <input type="checkbox"/> Diabetes |
| <input type="checkbox"/> Taquicardia Sinusal | <input type="checkbox"/> Metabólica | <input type="checkbox"/> Alergias |
| <input type="checkbox"/> Flutter Atrial | <input type="checkbox"/> Respiratória | <input type="checkbox"/> Cardiopatia |
| <input type="checkbox"/> Fibrilação atrial | <input type="checkbox"/> Infecçiosa | <input type="checkbox"/> HAS |
| | <input type="checkbox"/> Cardiovascular | <input type="checkbox"/> Medicação de uso |
| | <input type="checkbox"/> Digestiva | |

GRAVIDADE COMPROVADA

[] Ileso

[] Pequena

[] Média

[] Severa

[] Óbito

Dr. Jorge Barros Freitas

Assinatura e Carimbo do Responsável pelo Atendimento

SAMU 192-BV
CONFERE COM
ORIGINAL

Em 06/07/19

- | | | |
|---|--|---|
| <input type="checkbox"/> Cancelamento | <input type="checkbox"/> Recusa de Atendimento | <input type="checkbox"/> Hospitalização |
| <input type="checkbox"/> Não se encontrava no local | | |

- | | |
|--|---|
| <input type="checkbox"/> Polícia Militar | <input type="checkbox"/> Guarda Municipal |
| <input type="checkbox"/> Outros: | |

PERTINÊNCIA DO PACIENTE

 TERM. DE RECUSA

Função do Receptor: _____
 Assinatura do Receptor: _____
 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: _____ | <input type="checkbox"/> Movimentos fetais presentes | <input type="checkbox"/> Partes fetais na vulva | | | | | |
| Perda de líquido: _____ | <input type="checkbox"/> Contrações entre 3-5 min. | <input type="checkbox"/> Com cartão da gestante | | | | | |
| BCF: _____ | <input type="checkbox"/> Contrações com duração > 30s | <input type="checkbox"/> Sem cartão da gestante | | | | | |
| PROCEDIMENTOS REALIZADOS | | | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Aspiração <input type="checkbox"/> Cânula de Guegel <input type="checkbox"/> Cateter nasal: ____ L/min <input type="checkbox"/> Máscara facial: ____ L/min <input type="checkbox"/> Bolsa-valva-máscara: ____ L/min <input type="checkbox"/> Intubação orotraqueal <input checked="" type="checkbox"/> Acesso venoso Gelco n° 12 | <input type="checkbox"/> Máscara laringea <input type="checkbox"/> Guia de introdução Bougie <input type="checkbox"/> Cricotireostomia cirúrgica <input checked="" type="checkbox"/> Oximetria <input type="checkbox"/> Dreno de tórax <input type="checkbox"/> Descompressão torácica <input type="checkbox"/> Acesso venoso Scalp n° ____ | <input type="checkbox"/> Monitorização cardíaca <input checked="" type="checkbox"/> Colar cervical <input type="checkbox"/> Headblock <input checked="" type="checkbox"/> Prancha longa <input checked="" type="checkbox"/> Tirantes <input type="checkbox"/> KED <input type="checkbox"/> Acesso intraósseo | | | | | |
| <input checked="" type="checkbox"/> Imobilização de fraturas <input type="checkbox"/> Curativos <input type="checkbox"/> Parto vaginal <input type="checkbox"/> Cesárea de emergência <input type="checkbox"/> Imobilização de luxação <input type="checkbox"/> Outros: _____ | | | | | | | |
| MEDICAMENTOS PRESCRITOS | | | | | | | |
| FÁRMACO | DOSE | VIA | HORA | FÁRMACO | DOSE | VIA | HORA |
| Dipirona | 2x2g | EV | 18:49 | | | | |
| Tilalil | 40mg | EV | 18:48 | | | | |
| RL | 300mg | EV | 18:47 | | | | |

⑥ pares de luvas P, R, G
 ① e equipe maciça
 ③ mambonas

OBSERVAÇÕES/ INTERCORRÊNCIAS

vítima de colisão moto x moto, LOTE, apresentando, fraturas nos dedos da mão ① + fratura exposta de fêmur ①, d 55VV preservado, ao RR, ao GT.

SAMU 192-BV
 CONFERE COM
 ORIGINAL
 Em 06/10/19
Stephanie
 Rubrica

Diane

Daiane Lopes Rodrigues
 Assinatura e carimbo do profissional
 COREN 00.000.000

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



Para contato
consulte o número
desta nota



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

Nº da Nota Fiscal 003238087

A Tarifa Social da Energia Elétrica - TSEE foi criada pela Lei nº 10.436 de 26 de abril de 2002.

| CONTAS MES | 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 | | AVANT | DATAS DA LEITURA | |
|-----------------------------|-------|-------|------------------|------------|
| Atual: | 44846 | | Atual: | 15/07/2019 |
| Anterior: | 44272 | | Anterior: | 12/06/2019 |
| Constante de Multiplicação: | 1,000 | | Próxima Leitura: | 15/08/2019 |
| Consumo Medido: | 574 | | Emissão: | 12/07/2019 |
| Consumo Faturado: | 574 | FCAM | Apresentação: | 15/07/2019 |

NORMAL

33

| DADOS DA UNIDADE CONSUMIDORA | | | | | |
|------------------------------|---------|----------------|-----------|-------------|----------------|
| Classe/Subclasse | Ligação | Número Medidor | Posto | Código Fat. | Média 12 meses |
| RESIDENCIAL | BI | E2835055 | M 1420283 | 1.1.1.2 | 713 |

| RESUMO DO CONSUMO | DESCRIÇÃO DA CONTA |
|--------------------|-------------------------------------|
| Mês/ano consumo | |
| JUN/19 518 | CONSUMO 574 A R\$ 0,764602 = 438,88 |
| MAI/19 746 | CORRECAO MONETARIA DA 05/19-00 0,15 |
| ABR/19 698 | CORRECAO MONETARIA IG 05/19-00 4,40 |
| MAR/19 652 | MULTA POR ATRASO DE I 05/19-00 0,98 |
| FEV/19 611 | JUROS DE MORA POR ATR 05/19-00 0,27 |
| JAN/19 772 | MULTA POR ATRASO 05/19-00 11,48 |
| DEZ/18 755 | JUROS DE MORA DE IMPO 05/19-00 4,78 |
| NOV/18 760 | ILUMINACAO PUBLICA 31,91 |
| OUT/18 847 | |
| SET/18 696 | |
| TARIFA SEM TSEE | |
| 0 A 574 - 0,854620 | |

MENSAGENS IMPORTANTES / REAVISO DE VENCIMENTO

Mes/Ano Valor R\$ 06/2019 457,62
Unidade consumidora avisada a suspensão do fornecimento de energia elétrica a partir de 08/07/2019. O não pagamento por 30 dias poderá resultar na inclusão do nome do consumidor na SERASA. Caso tenha efetuado o pagamento favor desconsiderar este aviso.

LIGUE 08007019120 E FAÇA O PAGO VENCIMENTO 1 6 11 16 21 26

RESERVADO AO FISCO BF94.4DE7.9C43.6CE7.3304.2ACF.003F.DF4E

| COMPOSIÇÃO DA CONTA - R\$ | | IMPOSTOS E TRIBUTOS - R\$ | |
|---------------------------|--------|---------------------------|--------|
| Distribuição: | 112,75 | Base de Cálculo: | 438,88 |
| Energia: | 239,11 | Alíquota ICMS: | 17,00% |
| Transmissão: | 0,00 | Valor do ICMS: | 74,60 |
| Encargos: | 12,42 | Valor do PIS: | 0,00 |
| Tributos: | 74,60 | 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 S.A.
Av. Capitão Ene Garcez 691 - Centro - Boa Vista - RR
CNPJ: 02.341.470/0001-44 | Ins. Estadual: 24.007.022-3

| | |
|---------------------------------|-------------------------------|
| SEU CÓDIGO 0035969-6 | TOTAL A PAGAR - R\$ 492,85 |
| MÊS FATURADO 07/2019 | VENCIMENTO 01/08/2019 |
| Nº da Nota Fiscal: 003238087 | FCAM |

83640000004 5 92850075000 7 00000000035 6 96960719008 5



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

836300000046.418400750000.000000000539.918007190054



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

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

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

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

Pelo exposto, eu **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.souza71@hotmail.com | | Telefone comercial(DDD) | Telefone celular (DDD) (095) 99116.8367 |

Boa Vista-RR, 02, 12, 19
Local e Data


Assinatura do Declarante

HOSPITAL GENERAL DE ATERAMA
AV. ENG. GILBERTO GONÇALVES, 2.000
Nave Hospitalar (205) 211-0000
AUTOMATIZADO
22 SET 2019
S. Verde
Examinado e aprovado para a presença
do Oficial de Registro Original
Ass. do atendimento ao paciente hospitalar

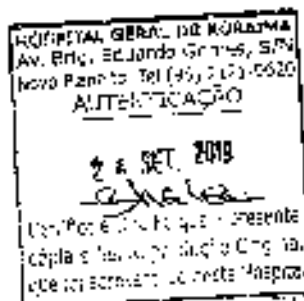
1 punto di più di polibromo per ogni litro
di moto

note
Self-igno. of Corea absent
Halgia. fruit of fern & herbaceous
H. fruit of fern & herbaceous
L. fruit of fern & herbaceous

20.45h

- ① 1000 ml S-F 0.5% E.V (12g/l)
② ferrocen Hony E.V
③ diphenyl lg E.V

Dr. Zohra Chishti
Nadeo Rastogi
Chaudhary Z. Chishti
CRM, 1997



BLOCO A

alto: 26/03/19

FORMULÁRIO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO EM HOSPITAL

IDENTIFICAÇÃO DO PACIENTE

H. R. R.

DATA DE NASCIMENTO

14/06/60

Reginaldo Machado Duarte
7028010181415591681 01/01/91

146060

Edinalva Andrade Duarte
Rua Patrícia Mendes Almeida 906 Alameda
Boa Vista 14640 R R 09317192

RESUMO DA INTERNAÇÃO

Tramite O do 28 anos de idade, Volume
do Polígrafo nos membros R de mols

Intervento Cirurgico

História e Exame físico e Radiografia

Intervento Cirurgico de fêmur direito (2)

PROCEDIMENTO SOLICITADO

Intervento Cirurgico de fêmur direito (2)

Dr. Elmer

4/07/19

Dr. Odair Soares

PREENCHER EM CASO DE CAUSAS EXTERNAS (ACIDENTES OU VIOLÊNCIAS)

3- ACIDENTE DE TRÂNSITO
3- ACIDENTE DOMESTICO
3- ACIDENTE POR OUTRO CAUSADO

Dr. Odair Soares
Ortopedia Traumatologia
CRM 12472

0408050624

até 6-8

V299



100-110-120-130
SV-121°C-12 min
134°C-4 min
L-120-130-140

FORMULÁRIO DE PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

NOME DO PACIENTE: Regina de Fátima 26 37 10 1971

Local de origem: 2310 03-00

DIAGNÓSTICO: 2310 03-00

PRESCRIÇÃO: 2310 03-00

1. 2 17 7 40 7 10 1971

2. 2 17 7 40 7 10 1971

3. 2 17 7 40 7 10 1971

4. 2 17 7 40 7 10 1971

5. 2 17 7 40 7 10 1971

6. 2 17 7 40 7 10 1971

7. 2 17 7 40 7 10 1971

8. 2 17 7 40 7 10 1971

9. 2 17 7 40 7 10 1971

10. 2 17 7 40 7 10 1971

11. 2 17 7 40 7 10 1971

12. 2 17 7 40 7 10 1971

13. 2 17 7 40 7 10 1971

14. 2 17 7 40 7 10 1971

15. 2 17 7 40 7 10 1971

16. 2 17 7 40 7 10 1971

17. 2 17 7 40 7 10 1971

18. 2 17 7 40 7 10 1971

19. 2 17 7 40 7 10 1971

20. 2 17 7 40 7 10 1971

21. 2 17 7 40 7 10 1971

22. 2 17 7 40 7 10 1971

23. 2 17 7 40 7 10 1971

24. 2 17 7 40 7 10 1971

25. 2 17 7 40 7 10 1971

26. 2 17 7 40 7 10 1971

27. 2 17 7 40 7 10 1971

28. 2 17 7 40 7 10 1971

29. 2 17 7 40 7 10 1971

30. 2 17 7 40 7 10 1971

31. 2 17 7 40 7 10 1971

32. 2 17 7 40 7 10 1971

33. 2 17 7 40 7 10 1971

34. 2 17 7 40 7 10 1971

35. 2 17 7 40 7 10 1971

36. 2 17 7 40 7 10 1971

37. 2 17 7 40 7 10 1971

38. 2 17 7 40 7 10 1971

39. 2 17 7 40 7 10 1971

40. 2 17 7 40 7 10 1971

41. 2 17 7 40 7 10 1971

42. 2 17 7 40 7 10 1971

43. 2 17 7 40 7 10 1971

44. 2 17 7 40 7 10 1971

45. 2 17 7 40 7 10 1971

46. 2 17 7 40 7 10 1971

47. 2 17 7 40 7 10 1971

48. 2 17 7 40 7 10 1971

49. 2 17 7 40 7 10 1971

50. 2 17 7 40 7 10 1971

51. 2 17 7 40 7 10 1971

52. 2 17 7 40 7 10 1971

53. 2 17 7 40 7 10 1971

54. 2 17 7 40 7 10 1971

55. 2 17 7 40 7 10 1971

56. 2 17 7 40 7 10 1971

57. 2 17 7 40 7 10 1971

58. 2 17 7 40 7 10 1971

59. 2 17 7 40 7 10 1971

60. 2 17 7 40 7 10 1971

61. 2 17 7 40 7 10 1971

62. 2 17 7 40 7 10 1971

63. 2 17 7 40 7 10 1971

64. 2 17 7 40 7 10 1971

65. 2 17 7 40 7 10 1971

66. 2 17 7 40 7 10 1971

67. 2 17 7 40 7 10 1971

68. 2 17 7 40 7 10 1971

69. 2 17 7 40 7 10 1971

70. 2 17 7 40 7 10 1971

71. 2 17 7 40 7 10 1971

72. 2 17 7 40 7 10 1971

73. 2 17 7 40 7 10 1971

74. 2 17 7 40 7 10 1971

75. 2 17 7 40 7 10 1971

76. 2 17 7 40 7 10 1971

77. 2 17 7 40 7 10 1971

78. 2 17 7 40 7 10 1971

79. 2 17 7 40 7 10 1971

80. 2 17 7 40 7 10 1971

81. 2 17 7 40 7 10 1971

82. 2 17 7 40 7 10 1971

83. 2 17 7 40 7 10 1971

84. 2 17 7 40 7 10 1971

85. 2 17 7 40 7 10 1971

86. 2 17 7 40 7 10 1971

87. 2 17 7 40 7 10 1971

88. 2 17 7 40 7 10 1971

89. 2 17 7 40 7 10 1971

90. 2 17 7 40 7 10 1971

91. 2 17 7 40 7 10 1971

92. 2 17 7 40 7 10 1971

93. 2 17 7 40 7 10 1971

94. 2 17 7 40 7 10 1971

95. 2 17 7 40 7 10 1971

96. 2 17 7 40 7 10 1971

97. 2 17 7 40 7 10 1971

98. 2 17 7 40 7 10 1971

99. 2 17 7 40 7 10 1971

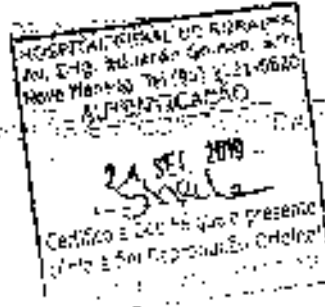
100. 2 17 7 40 7 10 1971

MATERIAS E MEDICAMENTOS CONSUMIDOS EM CASA

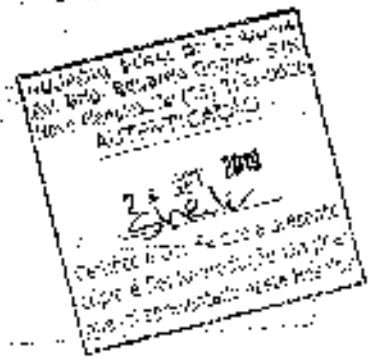
INSTRUMENTAÇÃO

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS

PRESCRIÇÃO DE MEDICAMENTOS



Reginaldo Andrade
Monte



19.07.19

fratura exposta, ferida aberta (2)
tratamento cirúrgico de fratura exposta, ferida aberta
mesmo

AGROSSADOR OPERATORIO: Dr. Giles 1º EXPLORAR: Dr. Octavio R.

URGIAO: Dr. Edson Soares SUPLEMENTAR:

ANESTESIA:

ANESTÉSICO:

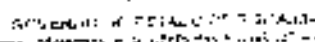
DURAÇÃO:

INÍCIO: FIM:

RELATÓRIO CIRÚRGICO

- 1) Paciente em D.I.T.H. sob anestesia
- 2) Insuflar e insuflar
- 3) Abertura de campos esternos.
- 4) Lavagem mecânica subcutânea com 10L de
- 5) Soro fisiológico 0.9%.
- 6) Sutura do pele
- 7) Colocação de fralda - tração, compressão
- 8) Controle radiológico
- 9) Curativos
- 10) R.P.A.

Dr. Odinachi Okonji
Médico
Otorrinolaringologista



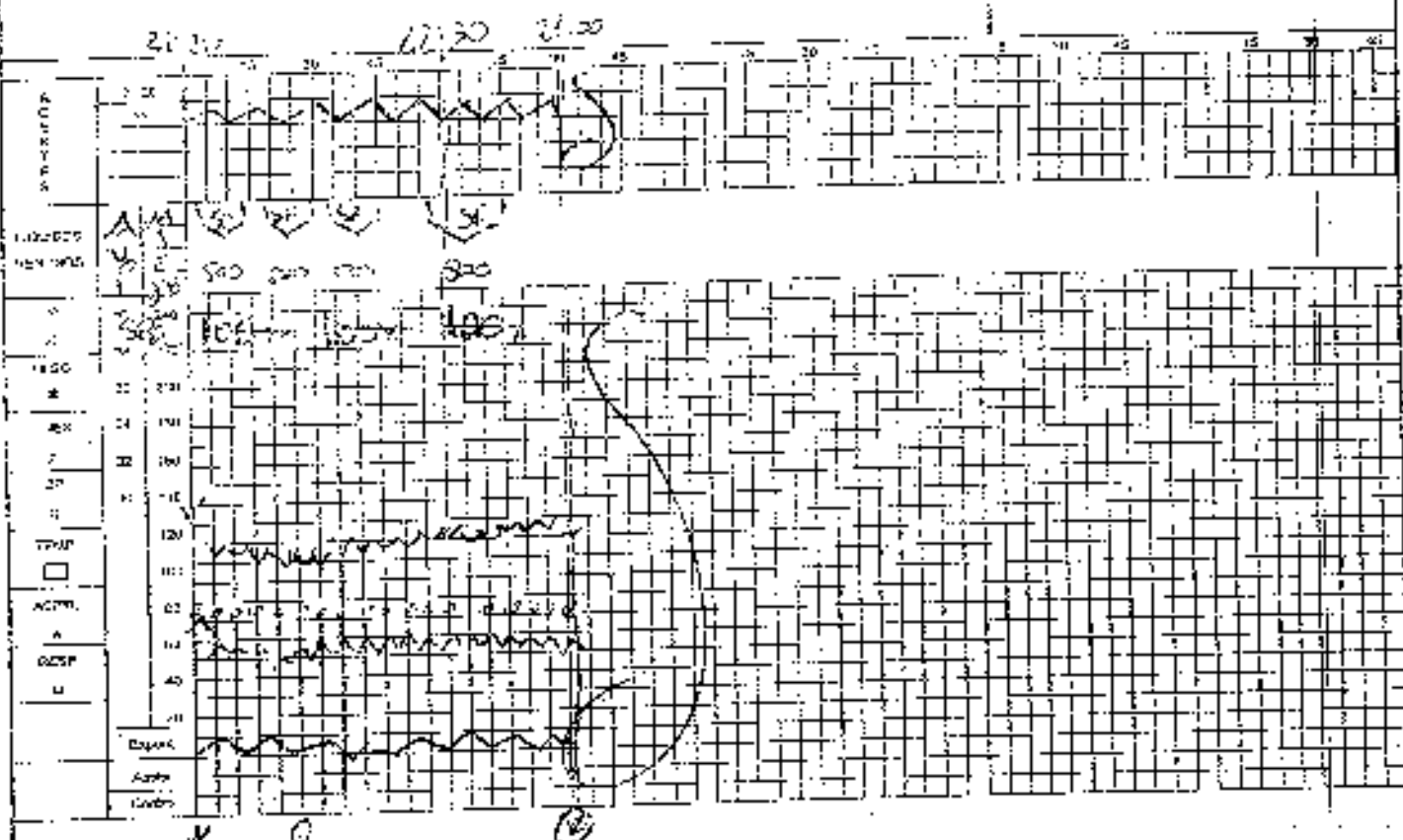
Regulado

Full-time: 67,000; Part-time: 10,000; Total: 77,000

7 de SET. 2019

FICHA DE ANESTESIA

1907



| ADRESSE | NAME |
|------------------------------------|--------------------------------|
| a. <u>Baumgarten 41/2, 1. Stg.</u> | <u>Ratgauer-Luisen-Lach</u> |
| b. _____ | <u>Madame Singspiel, 50b</u> |
| c. _____ | <u>Vorburgstr. 18, München</u> |

[illegible]

Revisión de partes de freno delv

[Signature] Jua Velasco Fernandez
Médica C.E.R. 1629
[Signature] Dr. Velasco Suarez

Dr. Carlos A. Rios
Residente Americano de
Medicina Interna

1. Merozanização + check list
 2. Oportu do Or em cas de lepra
 3. Ração murtoia lamba com
 Agulha de diâmetro 12-15g;
 4. LCA injectio, also; Injecão de
 Bacterinas hepáticas 2,5-17.5g
 5. Cefazolin 1g IV
 6. Desamido 10mg IV

| | |
|--|------------------------------|
| Species: <i>Thomomys talpae</i> Date: 10/10/1968 Loc: 1000 ft. | Sex: male Age: 23-24 days |
|--|------------------------------|

L 5000
 5. *Thomomys* 5 mg glands $\text{Pit} \leq 6$
 milk
 6. *Thomomys* 40 y IV
 7. *Thomomys* 25 IV
 8. *Thomomys* 25 JAPA



HOSPITAL GERAL DE SOROCABA
Av. BRS. Eduardo Gomes, S/nº
Nº 100 - Jd. Santa Cruz - Sorocaba - SP
13.508-900
FONE: (13) 3333.3333
FAX: (13) 3333.3333
E-MAIL: hgs@hgs.com.br
www.hgs.com.br

7 de Set. 2019

Sapientia

Certifico que a que se apresenta
é verdadeira e fiel reprodução original
do documento assinado por mim.

Dr. *Antonio Carlos de Souza*
Médico Especialista em *Ortopedia*
CRM: 132.433

Exame de Ortopedia
Data: 07/09/2019
Valor: R\$ 130,00

13/09/2019

Região de Saúde: Sorocaba

Dr. *Antonio Carlos de Souza*
Médico Especialista em *Ortopedia*

Descrição dos materiais / Camião

| DESCRIÇÃO DO ITEM | UNID. | QTD. | VALOR |
|--|-------|------|-------|
| <p>Item: 008544 Código: ATX 8 650 PINO INTRAMEDULAR OSSEO - R X CX 4,5 X 200 X 1</p> <p>Fab: 11/12/2018 Val: 12/2023 Registro Anvisa Nº 80863651026 Marca: ACI INOX F132</p> <p>Lula Galbherm Sarcin & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - R. São Clara, 52 Fon: +55 14 3538-1910 info@lulagalbherm.com.br</p> | | | |
| <p>Item: 008445 Código: F08 3 200 SISTEMA DE FIXAÇÃO OSSIA SARTORI - LINEAR SEMI X 1 354 - ESTERIL</p> <p>Fab: 01/12/2018 Val: 01/2024 Registro Anvisa Nº 80083450031 Marca: ACI INOX ALUMINIO</p> <p>Lula Galbherm Sarcin & Cia Ltda - EPP CNPJ: 04.861.623/0001-00 - R. São Clara, 52 Fon: +55 14 3538-1910 info@lulagalbherm.com.br</p> | | | |

Dr. *Antonio Carlos de Souza*
Médico Especialista em *Ortopedia*
CRM: 132.433

13/09/2019

VALOR TOTAL: R\$ 130,00

Assinatura: *Antonio Carlos de Souza*



Nome: Reginaldo de Jesus Duarte

Data de Nascimento: 02/10/1961 Idade: 28 a

Ser/leito:

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

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

SRPA

Data: 12/01/19

DADOS PRÉ-OPERATÓRIO

Cirurgia: Proctoscopia
 Informações: Exame de fezes

Informações: Exame de fezes

Antecedentes: 1. Sim 1. Não
2. Sim 2. Não
3. Sim 3. Não
4. Sim 4. Não
5. Sim 5. Não

Exames: 1. Sim 1. Não
2. Sim 2. Não
3. Sim 3. Não
4. Sim 4. Não
5. Sim 5. Não

Exames: 1. Sim 1. Não
2. Sim 2. Não
3. Sim 3. Não
4. Sim 4. Não
5. Sim 5. Não

Exames: 1. Sim 1. Não
2. Sim 2. Não
3. Sim 3. Não
4. Sim 4. Não
5. Sim 5. Não

Exames: 1. Sim 1. Não
2. Sim 2. Não
3. Sim 3. Não
4. Sim 4. Não
5. Sim 5. Não

Exames: 1. Sim 1. Não
2. Sim 2. Não
3. Sim 3. Não
4. Sim 4. Não
5. Sim 5. Não

Exames: 1. Sim 1. Não
2. Sim 2. Não
3. Sim 3. Não
4. Sim 4. Não
5. Sim 5. Não

Exames: 1. Sim 1. Não
2. Sim 2. Não
3. Sim 3. Não
4. Sim 4. Não
5. Sim 5. Não

Exames: 1. Sim 1. Não
2. Sim 2. Não
3. Sim 3. Não
4. Sim 4. Não
5. Sim 5. Não

Exames: 1. Sim 1. Não
2. Sim 2. Não
3. Sim 3. Não
4. Sim 4. Não
5. Sim 5. Não

INTRA-OPERATÓRIO

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

ANESTESIA

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

CIRURGIA

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

SINAIS VITAIS

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Ata do Paciente)

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Ata do Paciente)

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

ANOTAÇÕES DE ENFERMAGEM (Evolução/Ata do Paciente)

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

Local da Cirurgia: 28/01/19

NOTES DO PACIENTE

Nome: Paulo Sérgio de Souza

Regional de Saúde: Região Sul

RESUMO DO HISTÓRICO CLÍNICO

Em 1998, o paciente foi diagnosticado com Diabetes Mellitus tipo 2, sendo instituído tratamento com insulina e dieta.

Em 2003, foi diagnosticado com Hipertensão Arterial, sendo instituído tratamento com medicação.

Chirurgia

Enfermagem

Em 2008, foi diagnosticado com Doença Renal Crônica, sendo instituído tratamento com diálise.

Em 2010, foi diagnosticado com Doença do Coração, sendo instituído tratamento com medicação.

Em 2012, foi diagnosticado com Doença do Fígado, sendo instituído tratamento com medicação.

Em 2014, foi diagnosticado com Doença do Pâncreas, sendo instituído tratamento com medicação.

Em 2016, foi diagnosticado com Doença do Rim, sendo instituído tratamento com medicação.

Em 2018, foi diagnosticado com Doença do Coração, sendo instituído tratamento com medicação.

Em 2020, foi diagnosticado com Doença do Fígado, sendo instituído tratamento com medicação.

Em 2022, foi diagnosticado com Doença do Rim, sendo instituído tratamento com medicação.

Em 2024, foi diagnosticado com Doença do Coração, sendo instituído tratamento com medicação.

19.9.19

Cartão de Anamnese
Residência: Região Sul

OR PROFISSIONAL: Dr. Paulo Sérgio de Souza
CL: 00000000000000000000
CRM: 00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

00000000000000000000

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

DATA DE ADMISSÃO

DIH

DM

PACIENTE

RG/NÚMERO

NÚMERO DE

IDADE

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

ITEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

SUS

MANTER

DITA ORAL 100%

ACESSOS VENOSOS PERIFÉRICOS

RIF 15% 500ML EV 8/8H

RIF 15% 500ML EV 8/8H

OMEPRAZOL 40MG EV 1X/DIA

TRAMAL 100MG + SED. 2% 100ML EV DE 8/8H SE DOMINANTE

NALBUFINA 10 MG + 100ML SOL. 0.9% CASO NÃO ILHA O ITEM 4

SIMEI 200MG 40 GOTAS VO DE 8/8H

METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H 5X

CLINDAMICINA 600MG EV OU VO 6/8H

CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO 12/12H

CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG

SSVY + CCBG 6/6 H

CURATIVO DIÁRIO

Paciente 44 anos 86 kg 1,70 m

22 04 10 16

06 NIF

10 18 02 NIF

09 14 20 08

10 22 08

Vt no seto

SE O ABSTINER DO USO DE ALCOOL E/OU DE DROGAS ILÍCITAS, CONTINUA A EXERCER A
200-250; 250-300; 300-350; 350-400; 400-450; 450-500; 500-550; 550-600; 600-650; 650-700;
DURA: 600-650; 650-700; 700-750; 750-800; 800-850; 850-900; 900-950; 950-1000; 1000-1050; 1050-1100; 1100-1150; 1150-1200; 1200-1250; 1250-1300; 1300-1350; 1350-1400; 1400-1450; 1450-1500; 1500-1550; 1550-1600; 1600-1650; 1650-1700; 1700-1750; 1750-1800; 1800-1850; 1850-1900; 1900-1950; 1950-2000; 2000-2050; 2050-2100; 2100-2150; 2150-2200; 2200-2250; 2250-2300; 2300-2350; 2350-2400; 2400-2450; 2450-2500; 2500-2550; 2550-2600; 2600-2650; 2650-2700; 2700-2750; 2750-2800; 2800-2850; 2850-2900; 2900-2950; 2950-3000; 3000-3050; 3050-3100; 3100-3150; 3150-3200; 3200-3250; 3250-3300; 3300-3350; 3350-3400; 3400-3450; 3450-3500; 3500-3550; 3550-3600; 3600-3650; 3650-3700; 3700-3750; 3750-3800; 3800-3850; 3850-3900; 3900-3950; 3950-4000; 4000-4050; 4050-4100; 4100-4150; 4150-4200; 4200-4250; 4250-4300; 4300-4350; 4350-4400; 4400-4450; 4450-4500; 4500-4550; 4550-4600; 4600-4650; 4650-4700; 4700-4750; 4750-4800; 4800-4850; 4850-4900; 4900-4950; 4950-5000; 5000-5050; 5050-5100; 5100-5150; 5150-5200; 5200-5250; 5250-5300; 5300-5350; 5350-5400; 5400-5450; 5450-5500; 5500-5550; 5550-5600; 5600-5650; 5650-5700; 5700-5750; 5750-5800; 5800-5850; 5850-5900; 5900-5950; 5950-6000; 6000-6050; 6050-6100; 6100-6150; 6150-6200; 6200-6250; 6250-6300; 6300-6350; 6350-6400; 6400-6450; 6450-6500; 6500-6550; 6550-6600; 6600-6650; 6650-6700; 6700-6750; 6750-6800; 6800-6850; 6850-6900; 6900-6950; 6950-7000; 7000-7050; 7050-7100; 7100-7150; 7150-7200; 7200-7250; 7250-7300; 7300-7350; 7350-7400; 7400-7450; 7450-7500; 7500-7550; 7550-7600; 7600-7650; 7650-7700; 7700-7750; 7750-7800; 7800-7850; 7850-7900; 7900-7950; 7950-8000; 8000-8050; 8050-8100; 8100-8150; 8150-8200; 8200-8250; 8250-8300; 8300-8350; 8350-8400; 8400-8450; 8450-8500; 8500-8550; 8550-8600; 8600-8650; 8650-8700; 8700-8750; 8750-8800; 8800-8850; 8850-8900; 8900-8950; 8950-9000; 9000-9050; 9050-9100; 9100-9150; 9150-9200; 9200-9250; 9250-9300; 9300-9350; 9350-9400; 9400-9450; 9450-9500; 9500-9550; 9550-9600; 9600-9650; 9650-9700; 9700-9750; 9750-9800; 9800-9850; 9850-9900; 9900-9950; 9950-10000; 10000-10050; 10050-10100; 10100-10150; 10150-10200; 10200-10250; 10250-10300; 10300-10350; 10350-10400; 10400-10450; 10450-10500; 10500-10550; 10550-10600; 10600-10650; 10650-10700; 10700-10750; 10750-10800; 10800-10850; 10850-10900; 10900-10950; 10950-11000; 11000-11050; 11050-11100; 11100-11150; 11150-11200; 11200-11250; 11250-11300; 11300-11350; 11350-11400; 11400-11450; 11450-11500; 11500-11550; 11550-11600; 11600-11650; 11650-11700; 11700-11750; 11750-11800; 11800-11850; 11850-11900; 11900-11950; 11950-12000; 12000-12050; 12050-12100; 12100-12150; 12150-12200; 12200-12250; 12250-12300; 12300-12350; 12350-12400; 12400-12450; 12450-12500; 12500-12550; 12550-12600; 12600-12650; 12650-12700; 12700-12750; 12750-12800; 12800-12850; 12850-12900; 12900-12950; 12950-13000; 13000-13050; 13050-13100; 13100-13150; 13150-13200; 13200-13250; 13250-13300; 13300-13350; 13350-13400; 13400-13450; 13450-13500; 13500-13550; 13550-13600; 13600-13650; 13650-13700; 13700-13750; 13750-13800; 13800-13850; 13850-13900; 13900-13950; 13950-14000; 14000-14050; 14050-14100; 14100-14150; 14150-14200; 14200-14250; 14250-14300; 14300-14350; 14350-14400; 14400-14450; 14450-14500; 14500-14550; 14550-14600; 14600-14650; 14650-14700; 14700-14750; 14750-14800; 14800-14850; 14850-14900; 14900-14950; 14950-15000; 15000-15050; 15050-15100; 15100-15150; 15150-15200; 15200-15250; 15250-15300; 15300-15350; 15350-15400; 15400-15450; 15450-15500; 15500-15550; 15550-15600; 15600-15650; 15650-15700; 15700-15750; 15750-15800; 15800-15850; 15850-15900; 15900-15950; 15950-16000; 16000-16050; 16050-16100; 16100-16150; 16150-16200; 16200-16250; 16250-16300; 16300-16350; 16350-16400; 16400-16450; 16450-16500; 16500-16550; 16550-16600; 16600-16650; 16650-16700; 16700-16750; 16750-16800; 16800-16850; 16850-16900; 16900-16950; 16950-17000; 17000-17050; 17050-17100; 17100-17150; 17150-17200; 17200-17250; 17250-17300; 17300-17350; 17350-17400; 17400-17450; 17450-17500; 17500-17550; 17550-17600; 17600-17650; 17650-17700; 17700-17750; 17750-17800; 17800-17850; 17850-17900; 17900-17950; 17950-18000; 18000-18050; 18050-18100; 18100-18150; 18150-18200; 18200-18250; 18250-18300; 18300-18350; 18350-18400; 18400-18450; 18450-18500; 18500-18550; 18550-18600; 18600-18650; 18650-18700; 18700-18750; 18750-18800; 18800-18850; 18850-18900; 18900-18950; 18950-19000; 19000-19050; 19050-19100; 19100-19150; 19150-19200; 19200-19250; 19250-19300; 19300-19350; 19350-19400; 19400-19450; 19450-19500; 19500-19550; 19550-19600; 19600-19650; 19650-19700; 19700-19750; 19750-19800; 19800-19850; 19850-19900; 19900-19950; 19950-20000; 20000-20050; 20050-20100; 20100-20150; 20150-20200; 20200-20250; 20250-20300; 20300-20350; 20350-20400; 20400-20450; 20450-20500; 20500-20550; 20550-20600; 20600-20650; 20650-20700; 20700-20750; 20750-20800; 20800-20850; 20850-20900; 20900-20950; 20950-21000; 21000-21050; 21050-21100; 21100-21150; 21150-21200; 21200-21250; 21250-21300; 21300-21350; 21350-21400; 21400-21450; 21450-21500; 21500-21550; 21550-21600; 21600-21650; 21650-21700; 21700-21750; 21750-21800; 21800-21850; 21850-21900; 21900-21950; 21950-22000; 22000-22050; 22050-22100; 22100-22150; 22150-22200; 22200-22250; 22250-22300; 22300-22350; 22350-22400; 22400-22450; 22450-22500; 22500-22550; 22550-22600; 22600-22650; 22650-22700; 22700-22750; 22750-22800; 22800-22850; 22850-22900; 22900-22950; 22950-23000; 23000-23050; 23050-23100; 23100-23150; 23150-23200; 23200-23250; 23250-23300; 23300-23350; 23350-23400; 23400-23450; 23450-23500; 23500-23550; 23550-23600; 23600-23650; 23650-23700; 23700-23750; 23750-23800; 23800-23850; 23850-23900; 23900-23950; 23950-24000; 24000-24050; 24050-24100; 24100-24150; 24150-24200; 24200-24250; 24250-24300; 24300-24350; 24350-24400; 24400-24450; 24450-24500; 24500-24550; 24550-24600; 24600-24650; 24650-24700; 24700-24750; 24750-24800; 24800-24850; 24850-24900; 24900-24950; 24950-25000; 25000-25050; 25050-25100; 25100-25150; 25150-25200; 25200-25250; 25250-25300; 25300-25350; 25350-25400; 25400-25450; 25450-25500; 25500-25550; 25550-25600; 25600-25650; 25650-25700; 25700-25750; 25750-25800; 25800-25850; 25850-25900; 25900-25950; 25950-26000; 26000-26050; 26050-26100; 26100-26150; 26150-26200; 26200-26250; 26250-26300; 26300-26350; 26350-26400; 26400-26450; 26450-26500; 26500-26550; 26550-26600; 26600-26650; 26650-26700; 26700-26750; 26750-26800; 26800-26850; 26850-26900; 26900-26950; 26950-27000; 27000-27050; 27050-27100; 27100-27150; 27150-27200; 27200-27250; 27250-27300; 27300-27350; 27350-27400; 27400-27450; 27450-27500; 27500-27550; 27550-27600; 27600-27650; 27650-27700; 27700-27750; 27750-27800; 27800-27850; 27850-27900; 27900-27950; 27950-28000; 28000-28050; 28050-28100; 28100-28150; 28150-28200; 28200-28250; 28250-28300; 28300-28350; 28350-28400; 28400-28450; 28450-28500; 28500-28550; 28550-28600; 28600-28650; 28650-28700; 28700-28750; 28750-28800; 28800-28850; 28850-28900; 28900-28950; 28950-29000; 29000-29050; 29050-29100; 29100-29150; 29150-29200; 29200-29250; 29250-29300; 29300-29350; 29350-29400; 29400-29450; 29450-29500; 29500-29550; 29550-29600; 29600-29650; 29650-29700; 29700-29750; 29750-29800; 29800-29850; 29850-29900; 29900-29950; 29950-30000; 30000-30050; 30050-30100; 30100-30150; 30150-30200; 30200-30250; 30250-30300; 30300-30350; 30350-30400; 30400-30450; 30450-30500; 30500-30550; 30550-30600; 30600-30650; 30650-30700; 30700-30750; 30750-30800; 30800-30850; 30850-30900; 30900-30950; 30950-31000; 31000-31050; 31050-31100; 31100-31150; 31150-31200; 31200-31250; 31250-31300; 31300-31350; 31350-31400; 31400-31450; 31450-31500; 31500-31550; 31550-31600; 31600-31650; 31650-31700; 31700-31750; 31750-31800; 31800-31850; 31850-31900; 31900-31950; 31950-32000; 32000-32050; 32050-32100; 32100-32150; 32150-32200; 32200-32250; 32250-32300; 32300-32350; 32350-32400; 32400-32450; 32450-32500; 32500-32550; 32550-32600; 32600-32650; 32650-32700; 32700-32750; 32750-32800; 32800-32850; 32850-32900; 32900-32950; 32950-33000; 33000-33050; 33050-33100; 33100-33150; 33150-33200; 33200-33250; 33250-33300; 33300-33350; 33350-33400; 33400-33450; 33450-33500; 33500-33550; 33550-33600; 33600-33650; 33650-33700; 33700-33750; 33750-33800; 33800-33850; 33850-33900; 33900-33950; 33950-34000; 34000-34050; 34050-34100; 34100-34150; 34150-34200; 34200-34250; 34250-34300; 34300-34350; 34350-34400; 34400-34450; 34450-34500; 34500-34550; 34550-34600; 34600-34650; 34650-34700; 34700-34750; 34750-34800; 34800-34850; 34850-34900; 34900-34950; 34950-35000; 35000-35050; 35050-35100; 35100-35150; 35150-35200; 35200-35250; 35250-35300; 35300-35350; 35350-35400; 35400-35450; 35450-35500; 35500-35550; 35550-35600; 35600-35650; 35650-35700; 35700-35750; 35750-35800; 35800-35850; 35850-35900; 35900-35950; 35950-36000; 36000-36050; 36050-36100; 36100-36150; 36150-36200; 36200-36250; 36250-36300; 36300-36350; 36350-36400; 36400-36450; 36450-36500; 36500-36550; 36550-36600; 36600-36650; 36650-36700; 36700-36750; 36750-36800; 36800-36850; 36850-36900; 36900-36950; 36950-37000; 37000-37050; 37050-37100; 37100-37150; 37150-37200; 37200-37250; 37250-37300; 37300-37350; 37350-37400; 37400-37450; 37450-37500; 37500-37550; 37550-37600; 37600-37650; 37650-37700; 37700-37750; 37750-37800; 37800-37850; 37850-37900; 37900-37950; 37950-38000; 38000-38050; 38050-38100; 38100-38150; 38150-38200; 38200-38250; 38250-38300; 38300-38350; 38350-38400; 38400-384

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



DATA DE EMISSÃO: 10/01/2014

PACIENTE: [NOME] [SOBRENOME]

DIAGNÓSTICO: [DIAGNÓSTICO]

EXAME: [EXAME]

TRATAMENTO: [TRATAMENTO]

PRESCRIÇÃO: [PRESCRIÇÃO]

1. [PRESCRIÇÃO]

2. [PRESCRIÇÃO]

3. [PRESCRIÇÃO]

4. [PRESCRIÇÃO]

5. [PRESCRIÇÃO]

6. [PRESCRIÇÃO]

7. [PRESCRIÇÃO]

8. [PRESCRIÇÃO]

9. [PRESCRIÇÃO]

10. [PRESCRIÇÃO]

11. [PRESCRIÇÃO]

12. [PRESCRIÇÃO]

13. [PRESCRIÇÃO]

14. [PRESCRIÇÃO]

15. [PRESCRIÇÃO]

16. [PRESCRIÇÃO]

17. [PRESCRIÇÃO]

18. [PRESCRIÇÃO]

19. [PRESCRIÇÃO]

20. [PRESCRIÇÃO]

21. [PRESCRIÇÃO]

22. [PRESCRIÇÃO]

23. [PRESCRIÇÃO]

24. [PRESCRIÇÃO]

25. [PRESCRIÇÃO]

26. [PRESCRIÇÃO]

27. [PRESCRIÇÃO]

28. [PRESCRIÇÃO]

29. [PRESCRIÇÃO]

30. [PRESCRIÇÃO]

31. [PRESCRIÇÃO]

32. [PRESCRIÇÃO]

33. [PRESCRIÇÃO]

34. [PRESCRIÇÃO]

35. [PRESCRIÇÃO]

36. [PRESCRIÇÃO]

37. [PRESCRIÇÃO]

38. [PRESCRIÇÃO]

39. [PRESCRIÇÃO]

40. [PRESCRIÇÃO]

Dr. Rogério V. P. Dias
Médico
Ortodontista/Ortopedista
CRM 129434 / ORF 114

Dr. Augusto Cruz Costa
CRM-RR 1954
Residência de Ortodontia e Traumatologia

126-35-80 37 35,80



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão 08

Elaborado: 02/2013

Atualizado: 12/2013

Tratamento de Feridas

Paciente: Reginaldo A. Duarte

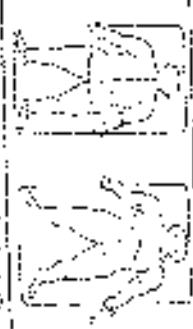
HGR

Leito: 204-1Data: 10/11/19

Localização

Região: MS-EGravidade: I II III IV V

Etiologia

☐ IPI ☐ IPII ☐ IPIII ☐ IPIV ☐ Queda ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma ☐ Torsão ☐ Piora de ferimento ☐ Infecção
Região: MS-DGravidade: I II III IV V

Aparência do

Líquen

☐ Nervosa ☐ Amarelada/Negra ☐ Estase ☐ Cianótica ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Demor. Secção ☐ Outros

Estado Periférico

☐ Normais ☐ Vasculares ☐ Isos ☐ Infartos ☐ Rubor

Tipo de Exudado

☐ Curto ☐ Prolongado ☐ Seroso ☐ Sangüinolento ☐ Soco
☐ Outros

Quantidade de

Exsudado

☐ Escasso ☐ Médio ☐ Abundante ☐ Seco ☐ Algodão 100%
☐ Soro ☐ Soro ☐ Soro ☐ Soro ☐ Soro

Limpieza

Cobertura

☐ Curto ☐ Curto ☐ Curto ☐ Curto ☐ Curto

Tipo

☐ Curto ☐ Curto ☐ Curto ☐ Curto ☐ Curto

Tratamento que

Paciente: Reginaldo A. DuarteData: 10/11/19Data: 10/11/19Data: 10/11/19

Outros

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



DATA DE ADMISSÃO 19/07/2019

DN 01/01/1991

PACIENTE REGINALDO ANDRADE DUARTE

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL D

ALERGIAS: NENHUMA HAS: NENHUMA SIM: 207-1 DM2: NENHUMA DATA: 22/07/2019

IDADE: 26 PRESCRIÇÃO: HORÁRIO: 14h

ITEM

DIETA ORAL LÍQUIDA

MEFLOCOLOFRAMIDA 10MG EV 8/8H SIN

LIDROXONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H

TRAMAL 100MG + SAL 0,5% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

CAPTOPRIL 25 MG VO SE PAS > 150 E OU PAS > 110 MMHG

ASV - 1000G 8/8H

CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DE 8/8H

OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA

CURATIVO DIÁRIO

CLIXANF 40MG SC 1X AO DIA

TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SIN

CIPROFLOXACINA 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H

TELATIL 20MG EV DE 12/12H

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (RGL)
CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI,
351-400: 8UI, 401-450: 10UI E QU GLICOSE > 70 DL/ML GLICOSE
50-60 MG EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, LIMPÍDICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE
TALA POR TRANSARTICULAR D, FO SEM SINAIS DE FLOGISTO.

ESQUEMA DE CONDUTA:

ESQUEMA DE CONDUTA DE CIRURGIA:

| SINAIS VITAIS | SEM PREVENÇÃO | FR | T |
|---------------|---------------|----|------|
| 6H | PA | FC | TC |
| 10H | 120/80 | 85 | 36,5 |
| 18H | 120/70 | 84 | 36,5 |
| 24H | | | |

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

Verificar os dados administrados em
diagnóstico C.P.M.

Assinado por: [Assinatura]
Data: 22/07/2019
CPF: 000.000.000-00

Tratamento de Feridas -

Paciente:

Reginaldo A.

Cirurgia

ROR

Leito:

207-I

Data: 22/07/14

Exame físico

Região: P.T.D.

Região: P.S.E.

☒ Hemodinâmica: ☒ Circulação: ☒ II (X) 8X
☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg
☒ Tórax: ☒ Tracheia: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

Pulso:

☒ Arterial: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg
☒ Venoso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ Arterial: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg
☒ Venoso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ Hemodinâmica: ☒ Circulação: ☒ II (X) 8X
☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg
☒ Tórax: ☒ Tracheia: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ Hemodinâmica: ☒ Circulação: ☒ II (X) 8X
☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg
☒ Tórax: ☒ Tracheia: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ Hemodinâmica: ☒ Circulação: ☒ II (X) 8X
☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg
☒ Tórax: ☒ Tracheia: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ Hemodinâmica: ☒ Circulação: ☒ II (X) 8X
☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg
☒ Tórax: ☒ Tracheia: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ Hemodinâmica: ☒ Circulação: ☒ II (X) 8X
☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg
☒ Tórax: ☒ Tracheia: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ Hemodinâmica: ☒ Circulação: ☒ II (X) 8X
☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg
☒ Tórax: ☒ Tracheia: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ Hemodinâmica: ☒ Circulação: ☒ II (X) 8X
☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg
☒ Tórax: ☒ Tracheia: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ Hemodinâmica: ☒ Circulação: ☒ II (X) 8X
☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg
☒ Tórax: ☒ Tracheia: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ Hemodinâmica: ☒ Circulação: ☒ II (X) 8X
☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg
☒ Tórax: ☒ Tracheia: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ Hemodinâmica: ☒ Circulação: ☒ II (X) 8X
☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg
☒ Tórax: ☒ Tracheia: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ Hemodinâmica: ☒ Circulação: ☒ II (X) 8X
☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg

☒ HTP III IV e V: ☒ Queda de peso: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg
☒ Tórax: ☒ Tracheia: ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg ☒ 10kg



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



DATA DE ADMISSÃO: 19/07/2019
PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
ALERGIAS: NENHUMA
IDADE: 28
ITEM: 1
PRESCRIÇÃO: 23/07/2019
HORÁRIO: 14:00

| | | | | |
|----|---------------|----|----------|-------|
| 1 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 2 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 3 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 4 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 5 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 6 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 7 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 8 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 9 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 10 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 11 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 12 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 13 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 14 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 15 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 16 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 17 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 18 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 19 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 20 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 21 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 22 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 23 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 24 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 25 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 26 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 27 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 28 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 29 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |
| 30 | PARALIN 100MG | EV | 8/11/12H | 14:00 |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEBILITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUILHAS ALOCAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACUTA BEM A DISTA.
EXAME FÍSICO: BFG. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, APLRRI, EUPNEICO, NORMOGLUCADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, FO SEM SINAIS DE FLOGOSE.

EXAMINADO E CONDUZIDO:

| SINAIS VITAIS | 6 H | 12 H | 18 H | 24 H |
|---------------|--------|--------|--------|--------|
| PA | 120/80 | 120/80 | 120/80 | 120/80 |
| FC | 70 | 70 | 70 | 70 |
| FR | 16 | 16 | 16 | 16 |
| 36 | | | | |
| 36.3 | | | | |
| 90 | | | | |

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

12h Paciente estável no leito, medicações administradas c.p.m., sem queixas durante o plantão de plantão.

08:00 h
PA: 120 x 80
FC: 73
T: 36.0

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

24/07/19
05:00
Café



Paciente: Reginaldo Andrade Duarte
 Solicitação: 20/10/2017 Número da Análise:
 Origem: HC
 Data de Emissão: 20/10/2017 20:40

Sexo: Masculino
 Solicitante:
 Setor: 31.000.0
 Reembolso:

Nasc: 01/01/1991

Idade: 26 ANOS

Leito: 207-1

Resultado de Exame:

Análise: 20/10/2017

COAGULOGRAMA COMPLETO

Material: D. ABMA
 Metodologia: MS - Autoanálise (Jelly + PLS)
 TEMPO DE PROTHROMBINA
 RM
 TEMPO DE FIBRINOLITINA NATURAL ATIVA
 RATIO

Resultado
 12,60 seg
 0,90
 31,00 seg
 1,14

Referência
 10,0 - 14,0 seg
 0,8 - 1,2
 2,0 - 5,0 seg
 0,75 - 1,25

Notas
 O Núcleo de Laboratório fornece todos os serviços de rotina de exames de coagulação, porém, por questões técnicas, não pode garantir a etapa de reanálise.
 Quando as coletas não foram realizadas corretamente, não se deve considerar os resultados, pois não correspondem com a rotina do paciente.

Dr. Reginaldo Duarte
 Médico
 CRM 10.000

Responsável Técnico: Reginaldo Duarte Duarte - Hospital de Referência - R. 100
 Uma Unidade de Saúde, mediante autorização

20/10/2017 20:40

Assinatura
 Reginaldo Duarte

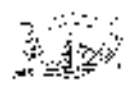
Dr. Reginaldo Duarte
 Médico
 CRM 10.000

Assinatura do Responsável Técnico

SESAU



GOVERNO DE PERNAMBUCO



| | | | |
|------------------------------------|---------------------|------------------|----------------|
| Paciente: Reginaldo Andrade Duarte | Sexo: Masculino | Nasc: 01/01/1971 | Idade: 28/ANOS |
| Solicitação: 20113121 | Solicitante: | Setor: 310001 | Leito: 2074 |
| Origem: HSI | Procedimento: | | |
| Data de Entrada: 07/07/2012 14:40 | Resultado de Exame: | | |

Amostra: 2011342164

TESTE RÁPIDO PARA DETECÇÃO DE ANTICORPOS ANTI-HIV

Material: CDRO
Metodologia: RIA - Enzimática - Qualitativa

Resultado:
Não Reagente

Referência:
NÃO REAGENTE

TESTE RÁPIDO 01

**AMOSTRA NÃO REAGENTE PARA
INFECÇÃO PELO HIV**

AMOSTRA NÃO REAGENTE

CONCLUSÃO 01

Notas

Este estudo tem por objetivo avaliar a eficácia do teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV, aprovado pela Portaria nº 25 do Ministério da Saúde de 2010.

A pesquisa foi realizada em 07/07/2012, com 100% de adesão dos pacientes. O teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV foi realizado em 07/07/2012, com 100% de adesão dos pacientes. O teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV foi realizado em 07/07/2012, com 100% de adesão dos pacientes.

O resultado NÃO REAGENTE indica que o paciente não possui anticorpos anti-HIV detectáveis no sangue. O teste rápido para detecção de anticorpos anti-HIV foi realizado em 07/07/2012, com 100% de adesão dos pacientes.

Resposta NÃO REAGENTE para infecção pelo HIV no TRU-1. A amostra NÃO REAGENTE para infecção pelo HIV no TRU-1. A amostra NÃO REAGENTE para infecção pelo HIV no TRU-1. A amostra NÃO REAGENTE para infecção pelo HIV no TRU-1.

Resultado REAGENTE para infecção pelo HIV no TRU-1. A amostra REAGENTE para infecção pelo HIV no TRU-1. A amostra REAGENTE para infecção pelo HIV no TRU-1. A amostra REAGENTE para infecção pelo HIV no TRU-1.

Quando a infecção pelo HIV não for detectada pelo teste rápido, o paciente deve ser encaminhado para a realização de um teste de referência para detecção de anticorpos anti-HIV.

Nas exceções, quando a infecção pelo HIV não for detectada pelo teste rápido, o paciente deve ser encaminhado para a realização de um teste de referência para detecção de anticorpos anti-HIV.

Dr. Carlos Roberto
Bassani
CREF 1.552

Dr. Roberto
Bassani

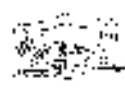
Expediente de atendimento ao paciente - Atendimento ao Paciente - 01/07/2012
CERTEC - Centro de Referência em Testes de Rápido - 01/07/2012

SECRETARIA DE SAÚDE

GOVERNO DO ESTADO

GOVERNO DO ESTADO

Dr. Carlos Roberto Bassani
CREF 1.552
Expediente de atendimento ao paciente - Atendimento ao Paciente - 01/07/2012
CERTEC - Centro de Referência em Testes de Rápido - 01/07/2012



Paciente: Reginaldo Andrade Duarte
Solicitação: 20113111 Número Interno:
Origem: I OR
Data de Emissão: 23/07/2019 20:45

Sexo: Masculino
Solicitante:
Seror: HLOCO B
Remetente:

Nasc: 11/07/1994

Idade: 25 ANOS

Leito: 207-1

Resultado de Exame:

Análise: 2011347100

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL
Metodologia: VET Autoanalisador SBA20
LEUCOGRAMA

| | Resultado | Referência |
|-------------|--------------------------------|--------------------------------------|
| LEUCÓCITOS | $7.17 \times 10^9/\mu\text{L}$ | $4.0 - 10.0 \times 10^9/\mu\text{L}$ |
| NEÚTRÓFILOS | 68.50 % | 50.0 - 70.0 % |
| LINFÓCITOS | 20.70 % | 20.0 - 40.0 % |
| MONÓCITOS | 4.60 % | 3.0 - 10.0 % |
| EOSINÓFILOS | 5.50 % | 1.0 - 5.0 % |
| BASÓFILOS | 0.70 % | 0.0 - 1.0 % |

ERITROGRAMA

| | | |
|-------------|-----------------------------------|--|
| ERITRÓCITOS | $1.95 \times 10^{12}/\mu\text{L}$ | $4.02 - 5.52 \times 10^{12}/\mu\text{L}$ |
| HEMOGLOBINA | 5.70 g/dL | 13.0 - 18.0 g/dL |
| HEMATÓCRITO | 17.30 % | 40.0 - 50.0 % |
| HEMATÓCRITO | 89.40 $\mu\text{g}/\text{gHb}$ | 87.0 - 103.0 $\mu\text{g}/\text{gHb}$ |
| MCH | 29.50 pg | 27.0 - 34.0 pg |
| MCHC | 33.00 g/dL | 32.0 - 37.0 g/dL |
| GLICM | 11.90 % | 11.0 - 16.0 % |
| RWCV | 49.50 fL | 55.0 - 66.0 fL |
| RWSD | | |

PLAQUETÓGRAMA

| | | |
|-----------|---------------------------------|---|
| PLAQUETAS | $94.00 \times 10^9/\mu\text{L}$ | $150.0 - 400.0 \times 10^9/\mu\text{L}$ |
| MPV | 10.90 fL | 6.5 - 12.0 fL |
| PDW | 17.30 | 9.0 - 17.0 |
| ADP | 0.102 % | 1.00 - 2.02 % |
| PCT | | |

Reginaldo Andrade Duarte
Data: 2019-07-23
20:45:45

Resposta Labor. Tel.: 0800-0800000 - Proprietário: Reginaldo - RG: 123456789
Rua dos Estados Unidos 123 - Jd. América - São Paulo - SP

25/07/2019 12:50

Reginaldo
Página: 1/1

Dr. Reginaldo Andrade Duarte
CRM: 123456789 - RCP: 123456789
Rua dos Estados Unidos 123 - Jd. América - São Paulo - SP

LABORATÓRIO DE ANÁLISES CLÍNICAS

GOVERNO DO ESTADO DE SÃO PAULO
SECRETARIA DE SAÚDE



Paciente: Reginaldo Andrade Duarte

Solicitação: 2017-10-11

Número Interno:

Origem: LDC

Data de Emissão: 2017-10-11 14:40

Sexo: Masculino

Solteiro

Estado: R. GOIÁS

Residência:

Nasc: 21/07/1961

Idade: 56 Anos

Letra: 207-4

Resultado do Exame

Resultado do Exame
Resultado
Resultado

Resultado do Exame
Resultado do Exame
Resultado do Exame

Resultado do Exame

Resultado do Exame
Resultado do Exame

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO 13/07/2019 DN 07/07/1991

PACIENTE RONALDO ANDRADE DUARTE

DIAGNÓSTICO EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIAS HAS SIM DM2 24/07/2019

IDADE 28 LENTO 287.4 DATA HORARIO

TCCM PRESCRIÇÃO SMD

1. DOR DA ORLA LIVRE

7. METILOXOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SN

8. DORICINA 500MG LV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H

8. PARAL 100MG + 500.0% 100ML EV DA 8/8H SE DOR INTENSA

10. CAROTPRIL 25.00 VO SE PAS > 180 E OL PAS > 110 MMHG

11. EGARV 1.000G 8/8H

12. CLINDAMICINA 600MG LV OU VO DE 8/8H

13. OMLPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA

14. CURATIVO DIÁRIO

16. DILXANE 400G 8/8H

17. TRAMAL 100MG VO DL 8/8H SN

18. CIPROFLOXACINO 400MG LV OU 500MG VO DL 12/12H

18. TRAMAL 20MG LV DE 12/12H

20. SI DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)

CONFORME ESQUEMA: 200/250 2UI 251/300 4UI 301/350 6UI

351/400 8UI > 400 10 UI E OL GLICOSE < 70 DUAL GLICOSE

10% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

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

ALXAV FIZICO: BEO, ADIANÓTICO, ANÉTICO, AFEBRIL, SUPRICO, NORMOLORADO, HODRADO, PULSOS PERIFÉRICOS PAIPÁVEIS, EMI UNO DE FIXADOS BANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOCOS.

1. SOLICITADO: 2. CONSULTA

| SINAIS VITAIS | PR | FC | FR | T |
|---------------|--------|----|----|------|
| 12 H | 120/80 | 11 | 22 | 36.5 |
| 18 H | 110/70 | 10 | 21 | 36 |
| 24 H | 110/70 | 10 | 21 | 36 |

Dr. Augusto Cavalcante
CRM: 13464
Residente em Ortopedia e Traumatologia

065. PA 180x90
P. 78
T. 35.9°C

Dr. Cláudio de Almeida
do Hospital Geral
de 12/13
de 12/13

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

DIH 19/07/2019 DN 51/01/1991

DATA DE ADMISSÃO

PACIENTE: RONALDO ANDRADE DUARTE

AGNOSTICADA: EXOSTOIA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIAS: HAS SIM DN2 25/07/2019
IDADE: 28 LEITO: 207-1 DATA: HORÁRIO: 12h
ITEM: PRESCRIÇÃO

DIETA ORAL COMUM
1. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV 8/8H SN
2. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV OU 400MG VO DE 6/6H
3. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
4. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
5. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
6. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
7. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
8. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
9. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
10. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
11. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
12. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
13. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
14. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
15. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
16. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
17. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
18. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
19. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
20. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
21. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
22. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
23. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
24. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
25. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
26. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
27. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
28. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
29. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
30. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
31. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
32. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
33. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
34. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
35. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
36. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
37. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
38. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
39. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
40. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
41. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
42. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
43. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
44. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
45. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
46. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
47. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
48. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
49. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
50. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
51. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
52. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
53. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
54. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
55. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
56. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
57. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
58. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
59. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
60. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
61. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
62. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
63. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
64. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
65. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
66. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
67. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
68. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
69. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
70. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
71. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
72. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
73. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
74. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
75. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
76. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
77. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
78. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
79. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
80. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
81. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
82. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
83. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
84. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
85. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
86. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
87. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
88. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
89. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
90. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
91. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
92. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
93. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
94. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
95. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
96. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
97. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
98. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
99. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA
100. DIFLOCLORPRAMIDA 100MG EV DE 8/8H SE COM INTENSA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RECONHECIDO PACIENTE, DEIXADO NO LITO, ATIVO, REATIVO, CONTACIUAANTE,
COM QUEXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACUTA SEM A
DIETA.
EXAM. FISCO: BLO, ACANÓTICO, AMIC FRILO, AFEBRIL, SUPNEICO,
NORMOCORADO, HIBRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE
PRADOCTANXABICULAS D, SEM SINAIS DE FLOCOSF

RESOLUÇÃO: # CONDUÇÃO

| SINAIS VITAIS | TEMPERATURA | PULSO | FR | FR |
|---------------|-------------|-------|----|----|
| 12 H | 36,5 | 72 | 20 | 20 |
| 18 H | 36,5 | 72 | 20 | 20 |
| 24 H | 36,5 | 72 | 20 | 20 |

Dr. Augusto Cavalcante
CRM 19.1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

17:30h. Exame R U P. 19.2
D. 19.2. 19.2. 19.2. 19.2.
Exame R U P. 19.2. 19.2. 19.2. 19.2.
Exame R U P. 19.2. 19.2. 19.2. 19.2.
Exame R U P. 19.2. 19.2. 19.2. 19.2.

Dr. Pedro Giovanni
CRM 19.1964
Residente de Ortopedia e
Traumatologia



Núcleo de Referência em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo

Paciente:

Leito: 209-1

Versão: 01/8

Folha 01 de 02

Data: 25-07-19

Reginaldo A. Duarte

| | | | |
|--------------------|---|--|--|
| Localização | | Região | |
| Descrição | <input checked="" type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Queimaduras <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Fissão Externa <input type="checkbox"/> Hemorragia | <input type="checkbox"/> Ulceras <input type="checkbox"/> Queimaduras <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Fissão Externa <input type="checkbox"/> Hemorragia | |
| Apresentação | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Amarelado <input type="checkbox"/> Escurecido <input type="checkbox"/> Epitelizado <input checked="" type="checkbox"/> Perda de tecido <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Amarelado <input type="checkbox"/> Escurecido <input type="checkbox"/> Epitelizado <input type="checkbox"/> Hemorragia <input checked="" type="checkbox"/> Perda de tecido <input type="checkbox"/> Dor <input type="checkbox"/> Sonda <input type="checkbox"/> Outros | |
| Processamento | <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Paralelo <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco | <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Paralelo <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input checked="" type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco | |
| Tipos de Ferimento | <input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> Machucado <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Seco | <input type="checkbox"/> Corte <input type="checkbox"/> Machucado <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Seco | |
| Quantidade de | <input checked="" type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Seco | <input type="checkbox"/> Ferimento <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Seco | |
| Exatidão | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Ácido 70% | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Ácido 70% | |
| Tratamento | <input checked="" type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Cobertura Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfato de Prato <input type="checkbox"/> Hidrogel | <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Cobertura Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfato de Prato <input type="checkbox"/> Hidrogel | |
| Indicação | <input type="checkbox"/> Curativo <input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Seco | <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Seco | |
| Indicação que | <input type="checkbox"/> Curativo <input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Seco | <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Seco | |
| Indicação | <input type="checkbox"/> Curativo <input checked="" type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Seco | <input type="checkbox"/> Curativo <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Seco | |
| Observação | | | |

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

PRESCRIÇÃO MÉDICA

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

PACIENTE: **REGINALDO ANDRADE DUARTE**

ACONDIST: **FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D**

ALERGIA: NÃO HAS: SIM DM2: NÃO
 IDADE: 28 LEITO: 207 DATA: 27/07/2019
 ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO: 5:00

- 1. DORFALGOL 100MG
 - 2. METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N
 - 3. DIFENHIDRAMINA 50MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H S/N
 - 4. TRAMAL 100MG + SC 0,8% 100ML EV DE 8/8H SL DOR INTENSA
 - 5. CAPTOPRIL 25mg VO SL PAS > 180 L OU PAD > 110 MMHG
 - 6. GAVY - CCGG 5/5 H
 - 7. CLINDAMICINA 600MG EV OU VO DL 8/8H
 - 8. OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA
 - 9. CURATIVO DIÁRIO
 - 10. CEFEXANE 400MG SC 1X AO DIA
 - 11. TRAMAL 100MG VO DL 8/8H S/N
 - 12. CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DL 12/12H
 - 13.
 - 14.
 - 15.
 - 16.
 - 17.
 - 18.
 - 19.
 - 20.
- SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC):
 CONFORME ESQUEMA: 200 250 300 350 400 450 500 550 600
 350 400 450 500 550 600 650 700 750 800 850 900 950 1000
 500 400 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

CONTORE PACIENTE: ORTADO NO LITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE,
 COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACUTA BEM A
 DITA.

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

SÍNDROME: # CONDUITA:

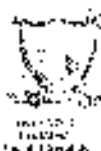
| # PREVISÃO DE CIRURGIA | | | |
|------------------------|--------|------|----------|
| SINAR | PLAIS | SEIN | PREVISÃO |
| CH | PA | FC | FR |
| 12 H | 110/60 | 84 | 36°C |
| 18 H | 130/90 | 78 | 36,1°C |
| 24 H | 110/65 | 84 | 36,2°C |
| 07h | 108/60 | 75 | 36°C |

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

Dr. Augusto Cavalcante
 CRM-RR 1964

Dr. Pedro Di Oliveira
 CRM-RR 1964

Tratado por
 Dr. Augusto Cavalcante



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 | | | | | | |
| AGNOSTO | FA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D | | | | | | |
| ALERGIAS | | | | | | | |
| IDADE | 28 | SEXO | M | DATA | 28/07/2019 | | |
| PROF | PRESCRIÇÃO | | | | | | |
| 1 | DELTA ORAL VRL | | | | | | 5/1/2 |
| 2 | METOCLOPRAMIDA 10MG LV 8/8H 3X | | | | | | 5/1/2 |
| 3 | DIPYRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H 3X | | | | | | 5/1/2 |
| 4 | TRAMAL 100MG + RFG 0,5% 100ML LV DE 8/8H SL DOR INTENSA | | | | | | 5/1/2 |
| 5 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS + 180 F OU PAD > 110 MMHG | | | | | | 5/1/2 |
| 6 | SSVV + CCGG 8/8 H | | | | | | 5/1/2 |
| 7 | CLINDAMICINA 600MG LV O. VO DE 8/8H | | | | | | 5/1/2 |
| 8 | OMEFRAZOL 40MG VO 1X AO DIA | | | | | | 5/1/2 |
| 9 | CURATIVO DIÁRIO | | | | | | 5/1/2 |
| 10 | CELEXANE 40MG SC 1X AO DIA | | | | | | 5/1/2 |
| 11 | TRAMAL 100MG VO DE 8/8H 3X | | | | | | 5/1/2 |
| 12 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 500MG VO DE 12/2H | | | | | | 5/1/2 |
| 13 | | | | | | | |
| 14 | | | | | | | |
| 15 | | | | | | | |
| 16 | | | | | | | |
| 17 | | | | | | | |
| 18 | | | | | | | |
| 19 | | | | | | | |
| 20 | | | | | | | |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESQUEMA: 20-30-30-30; 25-30-30-30; 40-30-30-30; 60-30-30-30; 25-40-30-30; 40-30-30-30; 10-10-10-10 OU 30-30-30-30; GLICOSE 80% 40 MG EV - AVISAR PLANTONISTA | | | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTROU PACIENTE DEitado NO LITTO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE,
COM QLEIRAS FALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACFITA BEM A
DIFTA.

ILUXAME FÍSICO: RFG, ACUANÓTICO, ANTEFR CO, AFLIBU, EUPNICO,
NORMOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE
FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

4 SOLICITADO: 4 CONDIÇÃO:

Dr. Elmer Soares
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1964

| PROGRAMA DE CIL E ENERGIA | | | |
|---------------------------|----------|----|-------|
| SINAIS E SINTOMAS | PA | FC | FR |
| 6 H | 120 x 80 | 79 | 36 |
| 12 H | 110 x 70 | 68 | 30 |
| 18 H | 120 x 80 | 84 | 36-38 |

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



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -





HGR

Paciente:

Roginaldo A. Duarte

Leito: 207-1

Data: 28/04/19

| | | | | |
|---|--|---|--|--|
| Localização |   | Região: <u>M.S.D.</u> |   | Região: _____ |
| Fisiologia | <input type="checkbox"/> ILPP I II III IV V* <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DDM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fissão Externa <input type="checkbox"/> Jactura <input type="checkbox"/> Outros: _____ | Grau: I (<input checked="" type="checkbox"/>) II (<input checked="" type="checkbox"/>) | <input type="checkbox"/> ILPP I II III IV V* <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DDM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Tração <input type="checkbox"/> Fissão Externa <input type="checkbox"/> Jactura <input type="checkbox"/> Outros: _____ | Grau: I () II () |
| Apresentação do Leito | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Escarado <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Drenagem Sonda <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input checked="" type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Friterna / Rubor <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Escarado <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Drenagem Sonda <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Friterna / Rubor <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Escarado <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Drenagem Sonda <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Friterna / Rubor <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Negra <input type="checkbox"/> Escarado <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Drenagem Sonda <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Normal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Seca <input type="checkbox"/> Friterna / Rubor <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| Peça Prescrita | <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Soro sanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Soro sanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Soro sanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Soro sanguineo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Limbo <input type="checkbox"/> Seco | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Limbo <input type="checkbox"/> Seco | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Limbo <input type="checkbox"/> Seco | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Limbo <input type="checkbox"/> Seco |
| Solução de Limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros: _____ | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colágeno/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outros: _____ |
| Curativo | <input checked="" type="checkbox"/> 12/12 <input checked="" type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h | <input type="checkbox"/> 12/12 <input type="checkbox"/> Diário <input type="checkbox"/> 48/48h |
| Profissional que realizou procedimento: | B. André de Jesus Enfermeiro C.R.E. 01/2018 | | | |
| Observações: | | | | |



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas -

HGR

Protocolo n.º 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente:

Resinaldo Barbosa Alente

Leito: 208-2

Data: 29/07/2019

Localização



Região: M.S.D.



Região: M.S.D.

Etiologia

☐ IPI III IV 7º ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: Tração ☒ Fixador Externo ☐ Xeroderma
☐ Outro:

Grau: I (☒) II (☐)
☐ IPI III IV 7º ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma: Tração ☒ Fixador Externo ☐ Xeroderma
☐ Outro:

Apresentação do

☐ Necrose Amarela/Verde ☐ Esclero ☐ Granulação ☐ Epitelização
☒ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:

☐ Necrose Amarela/Verde ☐ Esclero ☐ Granulação ☐ Epitelização
☒ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros:

Pele Periférica

☐ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outro:

☒ Normal ☐ Macerado ☐ Seca ☐ Eritema / Rubor
☐ Outro:

Tipo de Exsudato

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serosanguíneo ☐ Seco
☐ Outro:

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serosanguíneo ☒ Seco
☐ Outro:

Quantidade de

☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

☐ Molhado ☐ Úmido ☒ Seco

Solução de

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Álcool 70%

Cobertura

☐ gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

☐ gaze ☐ Colágeno/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro:

Procedimento

☐ H2O2 ☒ Diário ☐ 8x48h

☐ H2O2 ☒ Diário ☐ 8x48h

Profissional que

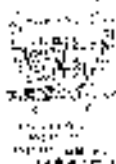
Realiza
 HGR

Realiza
 HGR

Realiza
 HGR

Observações

Realiza
 HGR



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

AGNÓSTICO EX-EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIA: _____ IDADE: 28 ANOS UNAS: _____ S/N: _____ DM2: _____ LEITO: 208-2 DATA: 31/07/2019

| PRESCRIÇÃO | | HORÁRIO |
|------------|---|----------|
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | SN |
| 2 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | SN |
| 3 | DIPYRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H S/N | SN 12-24 |
| 4 | TRAMAL 100MG + SF0,5% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA | SN |
| 5 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | SN |
| 6 | SSV + COGG 6/6 H | SN |
| 7 | TRAMAL 100MG VO DE 6/8H S/N | SN |
| 8 | AMPEPROMOL 40MG VO 1X AO DIA | SN |
| 9 | CURATIVO DIÁRIO | SN |
| 10 | CLEANE 40MG SO 1X AO DIA | SN |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 21 | | |
| 22 | | |
| 23 | | |
| 24 | | |
| 25 | | |
| 26 | | |
| 27 | | |
| 28 | | |
| 29 | | |
| 30 | | |
| 31 | | |
| 32 | | |
| 33 | | |
| 34 | | |
| 35 | | |
| 36 | | |
| 37 | | |
| 38 | | |
| 39 | | |
| 40 | | |
| 41 | | |
| 42 | | |
| 43 | | |
| 44 | | |
| 45 | | |
| 46 | | |
| 47 | | |
| 48 | | |
| 49 | | |
| 50 | | |
| 51 | | |
| 52 | | |
| 53 | | |
| 54 | | |
| 55 | | |
| 56 | | |
| 57 | | |
| 58 | | |
| 59 | | |
| 60 | | |
| 61 | | |
| 62 | | |
| 63 | | |
| 64 | | |
| 65 | | |
| 66 | | |
| 67 | | |
| 68 | | |
| 69 | | |
| 70 | | |
| 71 | | |
| 72 | | |
| 73 | | |
| 74 | | |
| 75 | | |
| 76 | | |
| 77 | | |
| 78 | | |
| 79 | | |
| 80 | | |
| 81 | | |
| 82 | | |
| 83 | | |
| 84 | | |
| 85 | | |
| 86 | | |
| 87 | | |
| 88 | | |
| 89 | | |
| 90 | | |
| 91 | | |
| 92 | | |
| 93 | | |
| 94 | | |
| 95 | | |
| 96 | | |
| 97 | | |
| 98 | | |
| 99 | | |
| 100 | | |

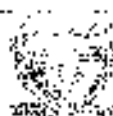
EVOLUÇÃO MÉDICA:

48H COM O PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACUANTE, COM QUAIS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. ACEITA SEM A DIETA. DIA 19/07/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA DOAÇÃO QUE ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HS DE 8.1.

P EXAME FÍSICO: PULSO, ACANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, FUPNLICO, HEMODINAMICO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DO FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

| SINAIS VITAIS E CONDUTA | | | | Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia | |
|-------------------------|-----|-----|-----|---|--|
| 6H | PA | FE | FR | | |
| 12H | 18H | 24H | 30H | | |
| 12H | 18H | 24H | 30H | | |
| 12H | 18H | 24H | 30H | Dr. Augusto Cavalcante CRM-RR 1964 Residente de Ortopedia e Traumatologia | |
| 12H | 18H | 24H | 30H | | |
| 12H | 18H | 24H | 30H | | |
| 12H | 18H | 24H | 30H | | |

20h 12h 18h 24h 30h 36h 42h 48h 54h 60h 66h 72h 78h 84h 90h 96h 102h 108h 114h 120h 126h 132h 138h 144h 150h 156h 162h 168h 174h 180h 186h 192h 198h 204h 210h 216h 222h 228h 234h 240h 246h 252h 258h 264h 270h 276h 282h 288h 294h 300h 306h 312h 318h 324h 330h 336h 342h 348h 354h 360h 366h 372h 378h 384h 390h 396h 402h 408h 414h 420h 426h 432h 438h 444h 450h 456h 462h 468h 474h 480h 486h 492h 498h 504h 510h 516h 522h 528h 534h 540h 546h 552h 558h 564h 570h 576h 582h 588h 594h 600h 606h 612h 618h 624h 630h 636h 642h 648h 654h 660h 666h 672h 678h 684h 690h 696h 702h 708h 714h 720h 726h 732h 738h 744h 750h 756h 762h 768h 774h 780h 786h 792h 798h 804h 810h 816h 822h 828h 834h 840h 846h 852h 858h 864h 870h 876h 882h 888h 894h 900h 906h 912h 918h 924h 930h 936h 942h 948h 954h 960h 966h 972h 978h 984h 990h 996h 1002h 1008h 1014h 1020h 1026h 1032h 1038h 1044h 1050h 1056h 1062h 1068h 1074h 1080h 1086h 1092h 1098h 1104h 1110h 1116h 1122h 1128h 1134h 1140h 1146h 1152h 1158h 1164h 1170h 1176h 1182h 1188h 1194h 1200h 1206h 1212h 1218h 1224h 1230h 1236h 1242h 1248h 1254h 1260h 1266h 1272h 1278h 1284h 1290h 1296h 1302h 1308h 1314h 1320h 1326h 1332h 1338h 1344h 1350h 1356h 1362h 1368h 1374h 1380h 1386h 1392h 1398h 1404h 1410h 1416h 1422h 1428h 1434h 1440h 1446h 1452h 1458h 1464h 1470h 1476h 1482h 1488h 1494h 1500h 1506h 1512h 1518h 1524h 1530h 1536h 1542h 1548h 1554h 1560h 1566h 1572h 1578h 1584h 1590h 1596h 1602h 1608h 1614h 1620h 1626h 1632h 1638h 1644h 1650h 1656h 1662h 1668h 1674h 1680h 1686h 1692h 1698h 1704h 1710h 1716h 1722h 1728h 1734h 1740h 1746h 1752h 1758h 1764h 1770h 1776h 1782h 1788h 1794h 1800h 1806h 1812h 1818h 1824h 1830h 1836h 1842h 1848h 1854h 1860h 1866h 1872h 1878h 1884h 1890h 1896h 1902h 1908h 1914h 1920h 1926h 1932h 1938h 1944h 1950h 1956h 1962h 1968h 1974h 1980h 1986h 1992h 1998h 2004h 2010h 2016h 2022h 2028h 2034h 2040h 2046h 2052h 2058h 2064h 2070h 2076h 2082h 2088h 2094h 2100h 2106h 2112h 2118h 2124h 2130h 2136h 2142h 2148h 2154h 2160h 2166h 2172h 2178h 2184h 2190h 2196h 2202h 2208h 2214h 2220h 2226h 2232h 2238h 2244h 2250h 2256h 2262h 2268h 2274h 2280h 2286h 2292h 2298h 2304h 2310h 2316h 2322h 2328h 2334h 2340h 2346h 2352h 2358h 2364h 2370h 2376h 2382h 2388h 2394h 2400h 2406h 2412h 2418h 2424h 2430h 2436h 2442h 2448h 2454h 2460h 2466h 2472h 2478h 2484h 2490h 2496h 2502h 2508h 2514h 2520h 2526h 2532h 2538h 2544h 2550h 2556h 2562h 2568h 2574h 2580h 2586h 2592h 2598h 2604h 2610h 2616h 2622h 2628h 2634h 2640h 2646h 2652h 2658h 2664h 2670h 2676h 2682h 2688h 2694h 2700h 2706h 2712h 2718h 2724h 2730h 2736h 2742h 2748h 2754h 2760h 2766h 2772h 2778h 2784h 2790h 2796h 2802h 2808h 2814h 2820h 2826h 2832h 2838h 2844h 2850h 2856h 2862h 2868h 2874h 2880h 2886h 2892h 2898h 2904h 2910h 2916h 2922h 2928h 2934h 2940h 2946h 2952h 2958h 2964h 2970h 2976h 2982h 2988h 2994h 3000h 3006h 3012h 3018h 3024h 3030h 3036h 3042h 3048h 3054h 3060h 3066h 3072h 3078h 3084h 3090h 3096h 3102h 3108h 3114h 3120h 3126h 3132h 3138h 3144h 3150h 3156h 3162h 3168h 3174h 3180h 3186h 3192h 3198h 3204h 3210h 3216h 3222h 3228h 3234h 3240h 3246h 3252h 3258h 3264h 3270h 3276h 3282h 3288h 3294h 3300h 3306h 3312h 3318h 3324h 3330h 3336h 3342h 3348h 3354h 3360h 3366h 3372h 3378h 3384h 3390h 3396h 3402h 3408h 3414h 3420h 3426h 3432h 3438h 3444h 3450h 3456h 3462h 3468h 3474h 3480h 3486h 3492h 3498h 3504h 3510h 3516h 3522h 3528h 3534h 3540h 3546h 3552h 3558h 3564h 3570h 3576h 3582h 3588h 3594h 3600h 3606h 3612h 3618h 3624h 3630h 3636h 3642h 3648h 3654h 3660h 3666h 3672h 3678h 3684h 3690h 3696h 3702h 3708h 3714h 3720h 3726h 3732h 3738h 3744h 3750h 3756h 3762h 3768h 3774h 3780h 3786h 3792h 3798h 3804h 3810h 3816h 3822h 3828h 3834h 3840h 3846h 3852h 3858h 3864h 3870h 3876h 3882h 3888h 3894h 3900h 3906h 3912h 3918h 3924h 3930h 3936h 3942h 3948h 3954h 3960h 3966h 3972h 3978h 3984h 3990h 3996h 4002h 4008h 4014h 4020h 4026h 4032h 4038h 4044h 4050h 4056h 4062h 4068h 4074h 4080h 4086h 4092h 4098h 4104h 4110h 4116h 4122h 4128h 4134h 4140h 4146h 4152h 4158h 4164h 4170h 4176h 4182h 4188h 4194h 4200h 4206h 4212h 4218h 4224h 4230h 4236h 4242h 4248h 4254h 4260h 4266h 4272h 4278h 4284h 4290h 4296h 4302h 4308h 4314h 4320h 4326h 4332h 4338h 4344h 4350h 4356h 4362h 4368h 4374h 4380h 4386h 4392h 4398h 4404h 4410h 4416h 4422h 4428h 4434h 4440h 4446h 4452h 4458h 4464h 4470h 4476h 4482h 4488h 4494h 4500h 4506h 4512h 4518h 4524h 4530h 4536h 4542h 4548h 4554h 4560h 4566h 4572h 4578h 4584h 4590h 4596h 4602h 4608h 4614h 4620h 4626h 4632h 4638h 4644h 4650h 4656h 4662h 4668h 4674h 4680h 4686h 4692h 4698h 4704h 4710h 4716h 4722h 4728h 4734h 4740h 4746h 4752h 4758h 4764h 4770h 4776h 4782h 4788h 4794h 4800h 4806h 4812h 4818h 4824h 4830h 4836h 4842h 4848h 4854h 4860h 4866h 4872h 4878h 4884h 4890h 4896h 4902h 4908h 4914h 4920h 4926h 4932h 4938h 4944h 4950h 4956h 4962h 4968h 4974h 4980h 4986h 4992h 4998h 5004h 5010h 5016h 5022h 5028h 5034h 5040h 5046h 5052h 5058h 5064h 5070h 5076h 5082h 5088h 5094h 5100h 5106h 5112h 5118h 5124h 5130h 5136h 5142h 5148h 5154h 5160h 5166h 5172h 5178h 5184h 5190h 5196h 5202h 5208h 5214h 5220h 5226h 5232h 5238h 5244h 5250h 5256h 5262h 5268h 5274h 5280h 5286h 5292h 5298h 5304h 5310h 5316h 5322h 5328h 5334h 5340h 5346h 5352h 5358h 5364h 5370h 5376h 5382h 5388h 5394h 5400h 5406h 5412h 5418h 5424h 5430h 5436h 5442h 5448h 5454h 5460h 5466h 5472h 5478h 5484h 5490h 5496h 5502h 5508h 5514h 5520h 5526h 5532h 5538h 5544h 5550h 5556h 5562h 5568h 5574h 5580h 5586h 5592h 5598h 5604h 5610h 5616h 5622h 5628h 5634h 5640h 5646h 5652h 5658h 5664h 5670h 5676h 5682h 5688h 5694h 5700h 5706h 5712h 5718h 5724h 5730h 5736h 5742h 5748h 5754h 5760h 5766h 5772h 5778h 5784h 5790h 5796h 5802h 5808h 5814h 5820h 5826h 5832h 5838h 5844h 5850h 5856h 5862h 5868h 5874h 5880h 5886h 5892h 5898h 5904h 5910h 5916h 5922h 5928h 5934h 5940h 5946h 5952h 5958h 5964h 5970h 5976h 5982h 5988h 5994h 6000h 6006h 6012h 6018h 6024h 6030h 6036h 6042h 6048h 6054h 6060h 6066h 6072h 6078h 6084h 6090h 6096h 6102h 6108h 6114h 6120h 6126h 6132h 6138h 6144h 6150h 6156h 6162h 6168h 6174h 6180h 6186h 6192h 6198h 6204h 6210h 6216h 6222h 6228h 6234h 6240h 6246h 6252h 6258h 6264h 6270h 6276h 6282h 6288h 6294h 6300h 6306h 6312h 6318h 6324h 6330h 6336h 6342h 6348h 6354h 6360h 6366h 6372h 6378h 6384h 6390h 6396h 6402h 6408h 6414h 6420h 6426h 6432h 6438h 6444h 6450h 6456h 6462h 6468h 6474h 6480h 6486h 6492h 6498h 6504h 6510h 6516h 6522h 6528h 6534h 6540h 6546h 6552h 6558h 6564h 6570h 6576h 6582h 6588h 6594h 6600h 6606h 6612h 6618h 6624h 6630h 6636h 6642h 6648h 6654h 6660h 6666h 6672h 6678h 6684h 6690h 6696h 6702h 6708h 6714h 6720h 6726h 6732h 6738h 6744h 6750h 6756h 6762h 6768h 6774h 6780h 6786h 6792h 6798h 6804h 6810h 6816h 6822h 6828h 6834h 6840h 6846h 6852h 6858h 6864h 6870h 6876h 6882h 6888h 6894h 6900h 6906h 6912h 6918h 6924h 6930h 6936h 6942h 6948h 6954h 6960h 6966h 6972h 6978h 6984h 6990h 6996h 7002h 7008h 7014h 7020h 7026h 7032h 7038h 7044h 7050h 7056h 7062h 7068h 7074h 7080h 7086h 7092h 7098h 7104h 7110h 7116h 7122h 7128h 7134h 7140h 7146h 7152h 7158h 7164h 7170h 7176h 7182h 7188h 7194h 7200h 7206h 7212h 7218h 7224h 7230h 7236h 7242h 7248h 7254h 7260h 7266h 7272h 7278h 7284h 7290h 7296h 7302h 7308h 7314h 7320h 7326h 7332h 7338h 7344h 7350h 7356h 7362h 7368h 7374h 7380h 7386h 7392h 7398h 7404h 7410h 7416h 7422h 7428h 7434h 7440h 7446h 7452h 7458h 7464h 7470h 7476h 7482h 7488h 7494h 7500h 7506h 7512h 7518h 7524h 7530h 7536h 7542h 7548h 7554h 7560h 7566h 7572h 7578h 7584h 7590h 7596h 7602h 7608h 7614h 7620h 7626h 7632h 7638h 7644h 7650h 7656h 7662h 7668h 7674h 7680h 7686h 7692h 7698h 7704h 7710h 7716h 7722h 7728h 7734h 7740h 7746h 7752h 7758h 7764h 7770h 7776h 7782h 7788h 7794h 7800h 7806h 7812h 7818h 7824h 7830h 7836h 7842h 7848h 7854h 7860h 7866h 7872h 7878h 7884h 7890h 7896h 7902h 7908h 7914h 7920h 7926h 7932h 7938h 7944h 7950h 7956h 7962h 7968h 7974h 7980h 7986h 7992h 7998h 8004h 8010h 8016h 8022h 8028h 8034h 8040h 8046h 8052h 8058h 8064h 8070h 8076h 8082h 8088h 8094h 8100h 8106h 8112h 8118h 8124h 8130h 8136h 8142h 8148h 8154h 8160h 8166h 8172h 8178h 8184h 8190h 8196h 8202h 8208h 8214h 8220h 8226h 8232h 8238h 8244h 8250h 8256h 8262h 8268h 8274h 8280h 8286h 8292h 8298h 8304h 8310h 8316h 8322h 8328h 8334h 8340h 8346h 8352h 8358h 8364h 8370h 8376h 8382h 8388h 8394h 8400h 8406h 8412h 8418h 8424h 8430h 8436h 8442h 8448h 8454h 8460h 8466h 8472h 8478h 8484h 8490h 8496h 8502h 8508h 8514h 8520h 8526h 8532h 8538h 8544h 8550h 8556h 8562h 8568h 8574h 8580h 8586h 8592h 8598h 8604h 8610h 8616h 8622h 8628h 8634h 8640h 8646h 8652h 8658h 8664h 8670h 8676h 8682h 8688h 8694h 8700h 8706h 8712h 8718h 8724h 8730h 8736h 8742h 8748h 8754h 8760h 8766h 8772h 8778h 8784h 8790h 8796h 8802h 8808h 8814h 8820h 8826h 8832h 8838h 8844h 88



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



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

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE

AGNÓSTIXA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIAS: HAS SIM DM2

IDADE: 25 I FITO: 208-2 DATA: 01/08/2019

ITEM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

| | | |
|-----|---|------------------|
| 1 | ANALGÉSICO | SN/D |
| 2 | MEFENAMIDA 10MG EV 8/8H SIN | SN |
| 3 | DIPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H SN | SN |
| 4 | TRAMAL 100MG - SF0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | SN |
| 5 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG | SN |
| 6 | SSVM + CCCC 8/8 H | APLICAR/REALIZAR |
| 7 | TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN | SN |
| 8 | DIETAS 40MG VO 1X AO DIA | 66% |
| 9 | CURATIVO DIÁRIO | CURATIVO |
| 10 | CELEXANE 40MG SC 1X AO DIA | 10% |
| 11 | RETIRAR OS PONTOS DA MÃO E DA PERNA | RETIRAR |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 21 | | |
| 22 | | |
| 23 | | |
| 24 | | |
| 25 | | |
| 26 | | |
| 27 | | |
| 28 | | |
| 29 | | |
| 30 | | |
| 31 | | |
| 32 | | |
| 33 | | |
| 34 | | |
| 35 | | |
| 36 | | |
| 37 | | |
| 38 | | |
| 39 | | |
| 40 | | |
| 41 | | |
| 42 | | |
| 43 | | |
| 44 | | |
| 45 | | |
| 46 | | |
| 47 | | |
| 48 | | |
| 49 | | |
| 50 | | |
| 51 | | |
| 52 | | |
| 53 | | |
| 54 | | |
| 55 | | |
| 56 | | |
| 57 | | |
| 58 | | |
| 59 | | |
| 60 | | |
| 61 | | |
| 62 | | |
| 63 | | |
| 64 | | |
| 65 | | |
| 66 | | |
| 67 | | |
| 68 | | |
| 69 | | |
| 70 | | |
| 71 | | |
| 72 | | |
| 73 | | |
| 74 | | |
| 75 | | |
| 76 | | |
| 77 | | |
| 78 | | |
| 79 | | |
| 80 | | |
| 81 | | |
| 82 | | |
| 83 | | |
| 84 | | |
| 85 | | |
| 86 | | |
| 87 | | |
| 88 | | |
| 89 | | |
| 90 | | |
| 91 | | |
| 92 | | |
| 93 | | |
| 94 | | |
| 95 | | |
| 96 | | |
| 97 | | |
| 98 | | |
| 99 | | |
| 100 | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO I FITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUITAS MÚSCULAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA 02/08/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁTIAS. NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5,7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,5.

EXAME FÍSICO: HF+, ACIANOTICO, AMICTÉRICO, AFEBRIL, LUP-NEICO, HÍGADO ENLARGADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FOLHOS TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

| | | | | | |
|---------------|------------|--------|--|--|--|
| SINAIS VITAIS | 2 CONDIÇÃO | | | | |
| 6 H | PA: 135/85 | FR: 18 | | | |
| 12 H | PA: 135/85 | FR: 18 | | | |
| 18 H | PA: 135/85 | FR: 18 | | | |
| 24 H | PA: 135/85 | FR: 18 | | | |

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

10 H: 135/85 / PA: 85/69

Dr. Brucianete referindo algum
minuto de dor no membro inferior direito.
TR: 18



Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

R. G. Galvão, Bando de Quase

Leito:

208-2

Data: 08/12/2018

Localização



Região: MIE



Região: MIE e DRA

Fisiologia

- ☐ JPP I II III IV 7+ ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Tração ☐ Fissão Externa ☒ Jato de água
☐ Outro

- ☐ JPP I II III IV 7+ ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Tração ☐ Fissão Externa ☒ Jato de água
☐ Outro

Aparência do

- ☐ Necrose Amarela/Negra ☐ Fálculo ☐ Granulação ☐ Foliculização
☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☒ Outros

- ☐ Necrose Amarela/Negra ☐ Fálculo ☐ Granulação ☐ Epitelização
☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☒ Outros

Fatores Perifoneais

- ☒ Nutricional ☐ Medicamentoso ☐ Jeca ☐ Jétema / Rubeo
☐ Outro

- ☒ Nutricional ☐ Medicamentoso ☐ Jeca ☐ Jétema / Rubeo
☐ Outro

Tipo de Exsudato

- ☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Serososanguíneo ☐ Seco
☐ Outro

- ☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☒ Serososanguíneo ☐ Seco
☐ Outro

Quantidade de Exsudato

- ☐ Molhado ☐ Úmido ☒ Seco

- ☐ Molhado ☒ Úmido ☐ Seco

Solução de Limpeza

- ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%

- ☒ Soro Fisiológico 0,9% ☒ Clorexidina 2% ☐ Alcool 70%

Cobertura primária

- ☒ Alga ☐ Colapase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro

- ☐ Alga ☐ Colapase/Fibrinase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel
☐ Outro

Procedimento

- ☐ J12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h

- ☐ J12/12 ☒ Diário ☐ 48/48h

Profissional que realizou

Enfermeira: Juceli Rodrigues
COORDENADORA DE ENFERMAGEMEnfermeira: Juceli Rodrigues
COORDENADORA DE ENFERMAGEMEnfermeira: Juceli Rodrigues
COORDENADORA DE ENFERMAGEMEnfermeira: Juceli Rodrigues
COORDENADORA DE ENFERMAGEM

Observações:

208-



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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE
DATA DE ADMISSÃO: 19/07/2019
DIH: 19/07/2019
DN: 01/01/1991

DIAGNÓSTICO: FX. EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

| HISTÓRICO EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D | | | | | |
|--|---|-------|-------|------|------------|
| ARGM/3 | HAS | SIM | DM? | | |
| CADE | 28 | LEITO | 208-2 | DATA | 02/08/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL - VERF | | | | SW |
| 2 | MILFLOXETIMIDA 100MG EV 8/8H SN | | | | SW |
| 3 | DIPLOKONA 500MG EV QJ 43 GOTAS VO DL 6/6 H SN | | | | SW |
| 4 | TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | | | | SW |
| 5 | GARTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 L OU PAD > 110 MMHG | | | | SW |
| 6 | SSVM + CCGG 6/6 H | | | | Am. 18h |
| 7 | TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN | | | | SW |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA | | | | SW |
| 9 | CURATIVO DIÁRIO | | | | SW |
| 10 | GLIXANF 40MG SC 1X AO DIA | | | | SW |
| 11 | RETRAIAR OS PONTOS DA MÃO E DA PLANA | | | | SW |
| 12 | | | | | SW |
| 13 | | | | | SW |
| 14 | | | | | SW |
| 15 | | | | | SW |
| 16 | | | | | SW |
| 17 | | | | | SW |
| 18 | | | | | SW |
| 19 | | | | | SW |
| 20 | | | | | SW |
| SE NAO HOUVER CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (80), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 250-300: 4UI; 300-350: 6UI; 350-400: 8UI; > 400: 10 UI E OU GLICOSE < 70 DIAM. GLICOSE 50% 40 ML LV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | SW |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EM ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA 02/08/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS. NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 7.1.
EXAME FÍSICO: BCG, ACANOTICO, ANICTERICO, AFEBRIL, FLUPNICO, EUCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRATOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SOLICITAÇÃO E CONDUZA:

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | TM |
|---------------|--------|----|----|------|
| 08h | 134/75 | 70 | - | 36.2 |
| 12h | 134/75 | 70 | - | 36.2 |
| 18h | 134/75 | 70 | - | 36.2 |
| 24h | 134/75 | 70 | - | 36.2 |

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

Dr. Augusto Cavalcante
Ortopedia e Traumatologia
CRM RR 1964

[illegible]

Page 12

| HOSPITAL GERAL DE RORAIMA | | | | | SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA | | SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA | |
|--|---|-------|-------|------------|--------------------------------|------------|--------------------------------------|--|
| PRESCRIÇÃO MÉDICA | | | | | HISTÓRICO | | EXAME FÍSICO | |
| DATA DE ADMISSÃO | DIH | | | 18/07/2019 | DN | 01/01/1991 | | |
| PACIENTE REGINALDO ANDRADE DUARTE | | | | | | | | |
| AGNOSTICA EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D | | | | | | | | |
| ALERGIA | HAS | | | SIM | DM2 | | | |
| IDADE | 28 | LEITO | 208-2 | DATA | 03/08/2019 | | | |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | | | HORÁRIO | |
| 1 | DORALIDRE | | | | | | SU | |
| 2 | METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SIM | | | | | | SU | |
| 3 | DIPLONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/8H SN | | | | | | SU 14:30 | |
| 4 | INAMIN 100MG + SFC 5% 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA | | | | | | SU | |
| 5 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAS > 110 MMHG | | | | | | SU | |
| 6 | ASPIR + CCGG 6/6 H | | | | | | SU | |
| 7 | TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN | | | | | | SU | |
| 8 | DOLIPRA 370L 40MG VO 1X AO DIA | | | | | | SU | |
| 9 | CURATIVO DIABID | | | | | | SU | |
| 10 | OLEXANE 40MG SC 1X AO DIA | | | | | | SU | |
| 11 | RETIRAR OS PONTOS DA MÃO E DA PERNA | | | | | | SU | |
| 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 GLICOSE < 70 DL/ML GLICOSE 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | | | SU | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

#ENCONTRO: PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RIATIVO, CONTACTUANTE, COM RESPOSTAS ADEQUADAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HLMÁTIAS, NA QUANTIDADE DE 113 ENCONTRA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1

#EXAME FÍSICO: BGL, ACIANÓTICO, ANCTÉRICO, AFERRIL, FUPNLICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE.

SINAIS VITAIS

| DATA | TEMPERATURA | PULSO | RESPIRAÇÃO | pressão arterial |
|-------|-------------|-------|------------|------------------|
| 18/07 | 36,2 | 72 | 17 | 135/85 |
| 18/07 | 36,2 | 72 | 16 | 135/85 |
| 24/07 | 36,2 | 72 | 16 | 135/85 |

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

Dr. Luciana C. Lopes
Ortopedia e Traumatologia
Clínica do Joelho
CRM-RR 14272

22: 350, Pac.
Lado, Lado, Com.
Lado, Lado, Com.
Lado, Lado, Com.
Lado, Lado, Com.
Lado, Lado, Com.

RECIBO DE RECEBIMENTO
CRM-RR 1964-TE

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA



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

PACIENTE: RESINALDO ANDRADE DUARTE

AGOSTINEX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALCOCE: PAS SIM 1362

ID: 23 LEITO: 208-2 DATA: 04/08/2019

TOM: PRESCRIÇÃO HORÁRIO

1 DIETA ORAL LIVRE SU

2 METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H SIN SU

3 EMPIRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SIN SU

4 TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA SU 06:35

5 CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG SU

6 SSIV + COCQ 3/3 U 18:00

7 TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SIN SU

8 CORTICÓIDE 50MG VO 1X AO DIA SU

9 ELURATIVO DIÁRIO 18:00

10 CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA 16

11

12

13

14

15 SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (GO) SU

CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2U; 251-300: 4U; 301-350: 6U;

351-400: 8U; > 400: 10 U. OU GLICOSE > 70 DL/ML GLICOSE

50% 40 ML EV = AVISAR PLANTONISTA

16

17

18

19

20

21

22

23

24

25

26

27

28

29

30

31

32

33

34

35

36

37

38

39

40

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTANTE, COM QUEIXAS NÓCICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BLM A INFUSÃO 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

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

SINAIS VITAIS / CONDIÇÃO

| 6 H | PA | FC | FR |
|------|--------|----|----|
| 12 H | 120/80 | 67 | 16 |
| 18 H | 120/80 | 67 | 16 |
| 24 H | 120/80 | 67 | 16 |

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

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

06/08/2019 14:00
06/08/2019 14:00
06/08/2019 14:00

06/08/2019 14:00 06/08/2019 14:00 06/08/2019 14:00

| SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM - PLOCCS ABICAREP | | | | | | | | | |
|---|--|-------------|--|-----------------|--|--------------------|--|------------|--|
| Data: 04/08/19 | | Hora: 08h | | Leito: 02 | | | | | |
| Nome do Paciente: Rosângela da Conceição Almeida | | | | | | Sexo: F Idade: 1 M | | | |
| História da Doença: | | | | | | | | | |
| Qualquer outro diagnóstico: | | 1. S.M. | | 2. D.N.S. | | 3. Apalmar | | 4. Contato | |
| 5. S.M. | | 6. D.N.S. | | 7. Qualificação | | 8. D.N.S. | | 9. D.N.S. | |
| 10. S.M. | | 11. D.N.S. | | 12. S.M. | | 13. D.N.S. | | 14. S.M. | |
| 15. S.M. | | 16. D.N.S. | | 17. S.M. | | 18. D.N.S. | | 19. S.M. | |
| 20. S.M. | | 21. D.N.S. | | 22. S.M. | | 23. D.N.S. | | 24. S.M. | |
| 25. S.M. | | 26. D.N.S. | | 27. S.M. | | 28. D.N.S. | | 29. S.M. | |
| 30. S.M. | | 31. D.N.S. | | 32. S.M. | | 33. D.N.S. | | 34. S.M. | |
| 35. S.M. | | 36. D.N.S. | | 37. S.M. | | 38. D.N.S. | | 39. S.M. | |
| 40. S.M. | | 41. D.N.S. | | 42. S.M. | | 43. D.N.S. | | 44. S.M. | |
| 45. S.M. | | 46. D.N.S. | | 47. S.M. | | 48. D.N.S. | | 49. S.M. | |
| 50. S.M. | | 51. D.N.S. | | 52. S.M. | | 53. D.N.S. | | 54. S.M. | |
| 55. S.M. | | 56. D.N.S. | | 57. S.M. | | 58. D.N.S. | | 59. S.M. | |
| 60. S.M. | | 61. D.N.S. | | 62. S.M. | | 63. D.N.S. | | 64. S.M. | |
| 65. S.M. | | 66. D.N.S. | | 67. S.M. | | 68. D.N.S. | | 69. S.M. | |
| 70. S.M. | | 71. D.N.S. | | 72. S.M. | | 73. D.N.S. | | 74. S.M. | |
| 75. S.M. | | 76. D.N.S. | | 77. S.M. | | 78. D.N.S. | | 79. S.M. | |
| 80. S.M. | | 81. D.N.S. | | 82. S.M. | | 83. D.N.S. | | 84. S.M. | |
| 85. S.M. | | 86. D.N.S. | | 87. S.M. | | 88. D.N.S. | | 89. S.M. | |
| 90. S.M. | | 91. D.N.S. | | 92. S.M. | | 93. D.N.S. | | 94. S.M. | |
| 95. S.M. | | 96. D.N.S. | | 97. S.M. | | 98. D.N.S. | | 99. S.M. | |
| 100. S.M. | | 101. D.N.S. | | 102. S.M. | | 103. D.N.S. | | 104. S.M. | |
| 105. S.M. | | 106. D.N.S. | | 107. S.M. | | 108. D.N.S. | | 109. S.M. | |
| 110. S.M. | | 111. D.N.S. | | 112. S.M. | | 113. D.N.S. | | 114. S.M. | |
| 115. S.M. | | 116. D.N.S. | | 117. S.M. | | 118. D.N.S. | | 119. S.M. | |
| 120. S.M. | | 121. D.N.S. | | 122. S.M. | | 123. D.N.S. | | 124. S.M. | |
| 125. S.M. | | 126. D.N.S. | | 127. S.M. | | 128. D.N.S. | | 129. S.M. | |
| 130. S.M. | | 131. D.N.S. | | 132. S.M. | | 133. D.N.S. | | 134. S.M. | |
| 135. S.M. | | 136. D.N.S. | | 137. S.M. | | 138. D.N.S. | | 139. S.M. | |
| 140. S.M. | | 141. D.N.S. | | 142. S.M. | | 143. D.N.S. | | 144. S.M. | |
| 145. S.M. | | 146. D.N.S. | | 147. S.M. | | 148. D.N.S. | | 149. S.M. | |
| 150. S.M. | | 151. D.N.S. | | 152. S.M. | | 153. D.N.S. | | 154. S.M. | |
| 155. S.M. | | 156. D.N.S. | | 157. S.M. | | 158. D.N.S. | | 159. S.M. | |
| 160. S.M. | | 161. D.N.S. | | 162. S.M. | | 163. D.N.S. | | 164. S.M. | |
| 165. S.M. | | 166. D.N.S. | | 167. S.M. | | 168. D.N.S. | | 169. S.M. | |
| 170. S.M. | | 171. D.N.S. | | 172. S.M. | | 173. D.N.S. | | 174. S.M. | |
| 175. S.M. | | 176. D.N.S. | | 177. S.M. | | 178. D.N.S. | | 179. S.M. | |
| 180. S.M. | | 181. D.N.S. | | 182. S.M. | | 183. D.N.S. | | 184. S.M. | |
| 185. S.M. | | 186. D.N.S. | | 187. S.M. | | 188. D.N.S. | | 189. S.M. | |
| 190. S.M. | | 191. D.N.S. | | 192. S.M. | | 193. D.N.S. | | 194. S.M. | |
| 195. S.M. | | 196. D.N.S. | | 197. S.M. | | 198. D.N.S. | | 199. S.M. | |
| 200. S.M. | | 201. D.N.S. | | 202. S.M. | | 203. D.N.S. | | 204. S.M. | |
| 205. S.M. | | 206. D.N.S. | | 207. S.M. | | 208. D.N.S. | | 209. S.M. | |
| 210. S.M. | | 211. D.N.S. | | 212. S.M. | | 213. D.N.S. | | 214. S.M. | |
| 215. S.M. | | 216. D.N.S. | | 217. S.M. | | 218. D.N.S. | | 219. S.M. | |
| 220. S.M. | | 221. D.N.S. | | 222. S.M. | | 223. D.N.S. | | 224. S.M. | |
| 225. S.M. | | 226. D.N.S. | | 227. S.M. | | 228. D.N.S. | | 229. S.M. | |
| 230. S.M. | | 231. D.N.S. | | 232. S.M. | | 233. D.N.S. | | 234. S.M. | |
| 235. S.M. | | 236. D.N.S. | | 237. S.M. | | 238. D.N.S. | | 239. S.M. | |
| 240. S.M. | | 241. D.N.S. | | 242. S.M. | | 243. D.N.S. | | 244. S.M. | |
| 245. S.M. | | 246. D.N.S. | | 247. S.M. | | 248. D.N.S. | | 249. S.M. | |
| 250. S.M. | | 251. D.N.S. | | 252. S.M. | | 253. D.N.S. | | 254. S.M. | |
| 255. S.M. | | 256. D.N.S. | | 257. S.M. | | 258. D.N.S. | | 259. S.M. | |
| 260. S.M. | | 261. D.N.S. | | 262. S.M. | | 263. D.N.S. | | 264. S.M. | |
| 265. S.M. | | 266. D.N.S. | | 267. S.M. | | 268. D.N.S. | | 269. S.M. | |
| 270. S.M. | | 271. D.N.S. | | 272. S.M. | | 273. D.N.S. | | 274. S.M. | |
| 275. S.M. | | 276. D.N.S. | | 277. S.M. | | 278. D.N.S. | | 279. S.M. | |
| 280. S.M. | | 281. D.N.S. | | 282. S.M. | | 283. D.N.S. | | 284. S.M. | |
| 285. S.M. | | 286. D.N.S. | | 287. S.M. | | 288. D.N.S. | | 289. S.M. | |
| 290. S.M. | | 291. D.N.S. | | 292. S.M. | | 293. D.N.S. | | 294. S.M. | |
| 295. S.M. | | 296. D.N.S. | | 297. S.M. | | 298. D.N.S. | | 299. S.M. | |
| 300. S.M. | | 301. D.N.S. | | 302. S.M. | | 303. D.N.S. | | 304. S.M. | |
| 305. S.M. | | 306. D.N.S. | | 307. S.M. | | 308. D.N.S. | | 309. S.M. | |
| 310. S.M. | | 311. D.N.S. | | 312. S.M. | | 313. D.N.S. | | 314. S.M. | |
| 315. S.M. | | 316. D.N.S. | | 317. S.M. | | 318. D.N.S. | | 319. S.M. | |
| 320. S.M. | | 321. D.N.S. | | 322. S.M. | | 323. D.N.S. | | 324. S.M. | |
| 325. S.M. | | 326. D.N.S. | | 327. S.M. | | 328. D.N.S. | | 329. S.M. | |
| 330. S.M. | | 331. D.N.S. | | 332. S.M. | | 333. D.N.S. | | 334. S.M. | |
| 335. S.M. | | 336. D.N.S. | | 337. S.M. | | 338. D.N.S. | | 339. S.M. | |
| 340. S.M. | | 341. D.N.S. | | 342. S.M. | | 343. D.N.S. | | 344. S.M. | |
| 345. S.M. | | 346. D.N.S. | | 347. S.M. | | 348. D.N.S. | | 349. S.M. | |
| 350. S.M. | | 351. D.N.S. | | 352. S.M. | | 353. D.N.S. | | 354. S.M. | |
| 355. S.M. | | 356. D.N.S. | | 357. S.M. | | 358. D.N.S. | | 359. S.M. | |
| 360. S.M. | | 361. D.N.S. | | 362. S.M. | | 363. D.N.S. | | 364. S.M. | |
| 365. S.M. | | 366. D.N.S. | | 367. S.M. | | 368. D.N.S. | | 369. S.M. | |
| 370. S.M. | | 371. D.N.S. | | 372. S.M. | | 373. D.N.S. | | 374. S.M. | |
| 375. S.M. | | 376. D.N.S. | | 377. S.M. | | 378. D.N.S. | | 379. S.M. | |
| 380. S.M. | | 381. D.N.S. | | 382. S.M. | | 383. D.N.S. | | 384. S.M. | |
| 385. S.M. | | 386. D.N.S. | | 387. S.M. | | 388. D.N.S. | | 389. S.M. | |
| 390. S.M. | | 391. D.N.S. | | 392. S.M. | | 393. D.N.S. | | 394. S.M. | |
| 395. S.M. | | 396. D.N.S. | | 397. S.M. | | 398. D.N.S. | | 399. S.M. | |
| 400. S.M. | | 401. D.N.S. | | 402. S.M. | | 403. D.N.S. | | 404. S.M. | |
| 405. S.M. | | 406. D.N.S. | | 407. S.M. | | 408. D.N.S. | | 409. S.M. | |
| 410. S.M. | | 411. D.N.S. | | 412. S.M. | | 413. D.N.S. | | 414. S.M. | |
| 415. S.M. | | 416. D.N.S. | | 417. S.M. | | 418. D.N.S. | | 419. S.M. | |
| 420. S.M. | | 421. D.N.S. | | 422. S.M. | | 423. D.N.S. | | 424. S.M. | |
| 425. S.M. | | 426. D.N.S. | | 427. S.M. | | 428. D.N.S. | | 429. S.M. | |
| 430. S.M. | | 431. D.N.S. | | 432. S.M. | | 433. D.N.S. | | 434. S.M. | |
| 435. S.M. | | 436. D.N.S. | | 437. S.M. | | 438. D.N.S. | | 439. S.M. | |
| 440. S.M. | | 441. D.N.S. | | 442. S.M. | | 443. D.N.S. | | 444. S.M. | |
| 445. S.M. | | 446. D.N.S. | | 447. S.M. | | 448. D.N.S. | | 449. S.M. | |
| 450. S.M. | | 451. D.N.S. | | 452. S.M. | | 453. D.N.S. | | 454. S.M. | |
| 455. S.M. | | 456. D.N.S. | | 457. S.M. | | 458. D.N.S. | | 459. S.M. | |
| 460. S.M. | | 461. D.N.S. | | 462. S.M. | | 463. D.N.S. | | 464. S.M. | |
| 465. S.M. | | 466. D.N.S. | | 467. S.M. | | 468. D.N.S. | | 469. S.M. | |
| 470. S.M. | | 471. D.N.S. | | 472. S.M. | | 473. D.N.S. | | 474. S.M. | |
| 475. S.M. | | 476. D.N.S. | | 477. S.M. | | 478. D.N.S. | | 479. S.M. | |
| 480. S.M. | | 481. D.N.S. | | 482. S.M. | | 483. D.N.S. | | 484. S.M. | |
| 485. S.M. | | 486. D.N.S. | | 487. S.M. | | 488. D.N.S. | | 489. S.M. | |
| 490. S.M. | | 491. D.N.S. | | 492. S.M. | | 493. D.N.S. | | 494. S.M. | |
| 495. S.M. | | 496. D.N.S. | | 497. S.M. | | 498. D.N.S. | | 499. S.M. | |
| 500. S.M. | | 501. D.N.S. | | 502. S.M. | | 503. D.N.S. | | 504. S.M. | |
| 505. S.M. | | 506. D.N.S. | | 507. S.M. | | 508. D.N.S. | | 509. S.M. | |
| 510. S.M. | | 511. D.N.S. | | 512. S.M. | | 513. D.N.S. | | 514. S.M. | |
| 515. S.M. | | 516. D.N.S. | | 517. S.M. | | 518. D.N.S. | | 519. S.M. | |
| 520. S.M. | | 521. D.N.S. | | 522. S.M. | | 523. D.N.S. | | 524. S.M. | |
| 525. S.M. | | 526. D.N.S. | | 527. S.M. | | 528. D.N.S. | | 529. S.M. | |
| 530. S.M. | | 531. D.N.S. | | 532. S.M. | | 533. D.N.S. | | 534. S.M. | |
| 535. S.M. | | 536. D.N.S. | | 537. S.M. | | 538. D.N.S. | | 539. S.M. | |
| 540. S.M. | | 541. D.N.S. | | 542. S.M. | | 543. D.N.S. | | 544. S.M. | |
| 545. S.M. | | 546. D.N.S. | | 547. S.M. | | 548. D.N.S. | | 549. S.M. | |
| 550. S.M. | | 551. D.N.S. | | 552. S.M. | | 553. D.N.S. | | 554. S.M. | |
| 555. S.M. | | 556. D.N.S. | | 557. S.M. | | 558. D.N.S. | | 559. S.M. | |
| 560. S.M. | | 561. D.N.S. | | 562. S.M. | | 563. D.N.S. | | 564. S.M. | |
| 565. S.M. | | 566. D.N.S. | | 567. S.M. | | 568. D.N.S. | | 569. S.M. | |
| 570. S.M. | | 571. D.N.S. | | 572. S.M. | | 573. D.N.S. | | 574. S.M. | |
| 575. S.M. | | 576. D.N.S. | | 577. S.M. | | 578. D.N.S. | | 579. S.M. | |
| 580. S.M. | | 581. D.N.S. | | 582. S.M. | | 583. D.N.S. | | 584. S.M. | |
| 585. S.M. | | 586. D.N.S. | | 587. S.M. | | 588. D.N.S. | | 589. S.M. | |
| 590. S.M. | | 591. D.N.S. | | 592. S.M. | | 593. D.N.S. | | 594. S.M. | |
| 595. S.M. | | 596. D.N.S. | | 597. S.M. | | 598. D.N.S. | | 599. S.M. | |
| 600. S.M. | | 601. D.N.S. | | 602. S.M. | | 603. D.N.S. | | 604. S.M. | |
| 605. S.M. | | 606. D.N.S. | | 607. S.M. | | 608. D.N.S. | | 609. S.M. | |
| 610. S.M. | | 611. D.N.S. | | 612. S.M. | | 613. D.N.S. | | 614. S.M. | |
| 615. S.M. | | 616. D.N.S. | | 617. S.M. | | 618. D.N.S. | | 619. S.M. | |
| 620. S.M. | | 621. D.N.S. | | 622. S.M. | | 623. D.N.S. | | 624. S.M. | |
| 625. S.M. | | 626. D.N.S. | | 627. S.M. | | 628. D.N.S. | | 629. S.M. | |
| 630. S.M. | | 631. D.N.S. | | 632. S.M. | | 633. D.N.S. | | 634. S.M. | |
| 635. S.M. | | 636. D.N.S. | | 637. S.M. | | 638. D.N.S. | | 639. S.M. | |
| 640. S.M. | | 641. D.N.S. | | 642. S.M. | | 643. D.N.S. | | 644. S.M. | |
| 645. S.M. | | 646. D.N.S. | | 647. S.M. | | 648. D.N.S. | | 649. S.M. | |
| 650. S.M. | | 651. D.N.S. | | 652. S.M. | | 653. D.N.S. | | 654. S.M. | |
| 655. S.M. | | 656. D.N.S. | | 657. S.M. | | 658. D.N.S. | | 659. S.M. | |
| 660. S.M. | | 661. D.N.S. | | 662. S.M. | | 663. D.N.S. | | 664. S.M. | |
| 665. S.M. | | 666. D.N.S. | | 667. S.M. | | 668. D.N.S. | | 669. S.M. | |
| 670. S.M. | | 671. D.N.S. | | 672. S.M. | | 673. D.N.S. | | 674. S.M. | |
| 675. S.M. | | 676. D.N.S. | | 677. S.M. | | 678. D.N.S. | | 679. S.M. | |
| 680. S.M. | | 681. D.N.S. | | 682. S.M. | | 683. D.N.S. | | 684. S.M. | |
| 685. S.M. | | 686. D.N.S. | | 687. S.M. | | 688. D.N.S. | | 689. S.M. | |
| 690. S.M. | | 691. D.N.S. | | 692. S.M. | | 693. D.N.S. | | 694. S.M. | |
| 695. S.M. | | 696. D.N.S. | | 697. S.M. | | 698. D.N.S. | | 699. S.M. | |
| 700. S.M. | | 701. D.N.S. | | 702. S.M. | | 703. D.N.S. | | 704. S.M. | |
| 705. S.M. | | 706. D.N.S. | | 707. S.M. | | 708. D.N.S. | | 709. S.M. | |
| 710. S.M. | | 711. D.N.S. | | 712. S.M. | | 713. D.N.S. | | 714. S.M. | |
| 715. S.M. | | 716. D.N.S. | | 717. S.M. | | 718. D.N.S. | | 719. S.M. | |
| 720. S.M. | | 721. D.N.S. | | 722. S.M. | | 723. D.N.S. | | 724. S.M. | |
| 725. S.M. | | 726. D.N.S. | | 727. S.M. | | 728. D.N.S. | | 729. S.M. | |
| 730. S.M.</ | | | | | | | | | |

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo n.º 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -



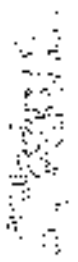



HGR

Paciente:

Reginaldo Andrade Junior

Leito: 308-3

Data: 04 / 08 / 2019

| | | | | |
|---------------------------|--|--|--|--|
| Localização |  | Região: <u>Coxa Esq.</u> |  | Região: <u>Coxa Esq.</u> |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> MEF <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> () Queimadura () Cirurgia () EMF () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tranco</u> <u>Frisador Externo</u> () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: | Grau: <u>1 ()</u> <u>II ()</u> <input type="checkbox"/> MEF <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> () Queimadura () Cirurgia () EMF () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tranco</u> <u>Frisador Externo</u> () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: | Grau: <u>1 ()</u> <u>II ()</u> <input type="checkbox"/> MEF <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> () Queimadura () Cirurgia () EMF () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tranco</u> <u>Frisador Externo</u> () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: | Grau: <u>1 ()</u> <u>II ()</u> <input type="checkbox"/> MEF <input type="checkbox"/> IF <input type="checkbox"/> IV <input checked="" type="checkbox"/> () Queimadura () Cirurgia () EMF () Vascular <input type="checkbox"/> Trauma: <u>Tranco</u> <u>Frisador Externo</u> () Ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: |
| Apresentação de ferida | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros <input type="checkbox"/> Normal () Malcheirodo () Seca () Bolor: Rotor <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros <input type="checkbox"/> Normal () Malcheirodo () Seca () Bolor: Rotor <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros <input type="checkbox"/> Normal () Malcheirodo () Seca () Bolor: Rotor <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Necrose: Amarela/Verde () Escarado () Granulação () Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida Fechada () Dreno/ Sonda () Outros <input type="checkbox"/> Normal () Malcheirodo () Seca () Bolor: Rotor <input type="checkbox"/> Outro: |
| Tempo de Exatidão | <input type="checkbox"/> Paralelo () Seroso () Sangueamento () Serososanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Paralelo () Seroso () Sangueamento () Serososanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Paralelo () Seroso () Sangueamento () Serososanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Paralelo () Seroso () Sangueamento () Serososanguíneo () Seco <input type="checkbox"/> Outro: |
| Quantidade de Exudado | <input type="checkbox"/> Molhado () Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Molhado () Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Molhado () Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Molhado () Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: |
| Solução de limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% () Clorexidina 2% () Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: |
| Cobertura primária | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prato () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prato () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prato () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: | <input type="checkbox"/> Gaze () Colagenase/Fibrinase () Sulfadiazina de Prato () Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: |
| Tempo | <input type="checkbox"/> 12/22 () 20/20 () 24/24h | <input type="checkbox"/> 12/22 () 20/20 () 24/24h | <input type="checkbox"/> 12/22 () 20/20 () 24/24h | <input type="checkbox"/> 12/22 () 20/20 () 24/24h |
| Profissional que realizou |  |  |  |  |
| Observações | <p>ferida de 10x10cm com bordas irregulares e fundo vermelho.</p> | <p>ferida de 10x10cm com bordas irregulares e fundo vermelho.</p> | <p>ferida de 10x10cm com bordas irregulares e fundo vermelho.</p> | <p>ferida de 10x10cm com bordas irregulares e fundo vermelho.</p> |

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA

SECRETARIA DE SAÚDE DE RORAIMA

SERVIÇO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA

PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE EMISSÃO: _____ DIH: 10/07/2018 DN: 01/01/1991

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE

AGNOSTIFEX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIA: _____ HAS: _____ SIM: _____ DM2: _____
IDADE: 26 (FETO) 208-2 DATA: 05/06/2018

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

1. DIETA ORAL LIVRE SN

2. METOCLOPRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N SN

3. DIFENIDOL 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 + TSC E OU PAD + 110 MMHG SN

6. 33VV + 0000 8/8 H Syntin/Reolup

7. TRAMAL 100MG VO DL 8/8H SN SN

8. OMEE PRIL 40MG VO 1X AO DIA 06

9. CURATIVO DIÁRIO Curativo

10. CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA 16

11. _____

12. _____

13. _____

14. _____

15. _____

16. _____

17. _____

18. _____

19. _____

20. _____

21. _____

22. _____

23. _____

24. _____

25. _____

26. _____

27. _____

28. _____

29. _____

30. _____

31. _____

32. _____

33. _____

34. _____

35. _____

36. _____

37. _____

38. _____

39. _____

40. _____

41. _____

42. _____

43. _____

44. _____

EVOLUÇÃO MÉDICA:

4º ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ADEQUADA DIETA, DIA DIA 26/7/18 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMAS, NA OCASIÃO O HB ENCONTRAVA-SE DE 5,7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1.

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

SINAIS VITAIS # CONDUTA

| 6 H | PA | FC | FR | |
|------|--------|----|----|------|
| 12 H | | | | |
| 18 H | 122/70 | 72 | 22 | 30,5 |
| 24 H | | | | |

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

26/07/2018 10:35
Dr. Augusto Cavalcante
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

26/07/2018
Dr. Augusto Cavalcante
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

[illegible]



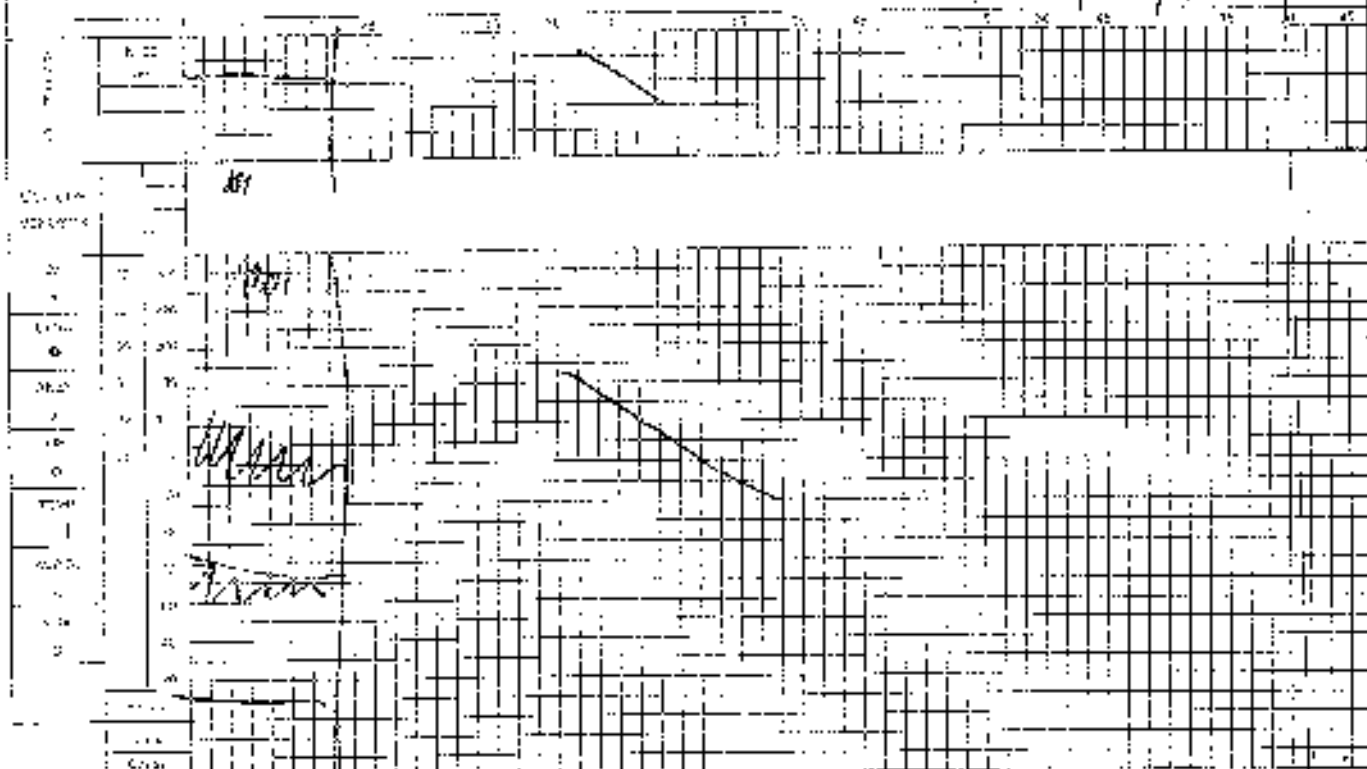
MINISTERIO DE SALUD
SERVICIO REGIONAL DE SALUD

FICHA DE ANESTESIA

Renaldo A. Maute

FECHA DE EMISIÓN: 1980-1-01

6/8/18



ANESTESIA: General

TIPO DE ANESTESIA: General

INDICACIONES: Exposición de la boca

CONTRASEÑA: 77

FECHA: 6/8/18

TIPO DE ANESTESIA: General

INDICACIONES: Exposición de la boca

CONTRASEÑA: 77

FECHA: 6/8/18

2

[Handwritten signature]

Dr. R. Maute / V. Ley

FECHA DE EMISIÓN: 1980-1-01

FECHA DE EMISIÓN: 1980-1-01



Nome:

Rogério de Azevedo Duarte Jr

SAEP - SISTEMA DE ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA

CENTRO CIRÚRGICO/SRA

Data de Nasc:

01/04/91

Idade:

28

Sexo/Leito:

908-2

Data:

06/08/19

Termo de Consentimento Cirúrgico: () Sim () Não

Termo de Consentimento Anestésico: () Sim () Não

DADOS PRE-OPERATÓRIOS

Cirurgia e Proposta: RM +

Fusão

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Informações

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

Análise

Acidose

Cirurgia

SRA

Sinais Vitais

Pulso

FC

PA

SpO2

ADME-TE

Pulso

Sistema

Imobilização

Tipo de Anestesia

Cirurgia

Terminada

208-2

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

| | | |
|------------------|--|------|
| DATA DE ADMISSÃO | DIH | DN |
| PACIENTE | F. A. ALVES | |
| CONDIÇÃO | F. A. ALVES | |
| ALERGIA | TISS | DM2 |
| IDADE | SEXO | DATA |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | |
| 1 | DELA ORA LIV- | |
| 2 | ACESSO VENOSO PERIFÉRICO | |
| 3 | NÁUSEA 50MG EV 8H | |
| 4 | DIPYRONA 500MG EV 8H | |
| 5 | OMEPRAZO 40MG EV 1X DIA | |
| 6 | TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8H SE DO 3 INTLYSA | |
| 7 | NALOXIFINA 10 MG + 100ML SF 0,9% CASO NÃO TENHA CÍTICA | |
| 8 | SIMETICONA 80MG 40 GOTAS VO DL 8/8 H | |
| 9 | LIFTOLO 60-AMIDA 10MG EV 8H 8H | |
| 10 | CLONIDINA 0,2MG EV 8H | |
| 11 | LIFTOLO 60-AMIDA 10MG EV 12-12h | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | CAPTOPRIL 25 mg VO 8H FAS > 160 F OU PAD > 110 MMHG | |
| 17 | 33MG + CCOB 6H H | |
| 18 | CURA 100 2X DIA | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 21 | | |

SE NECESSÁRIO: URUPAC COM INSULINA + GLUCAG (SC) CONFORME ESQUEMA:
500-750, 200-250-500, 400-500-600, 600-750-900, 800-1000-1200, 1000-1200-1400, 1200-1400-1600, 1400-1600-1800, 1600-1800-2000, 1800-2000-2200, 2000-2200-2400, 2200-2400-2600, 2400-2600-2800, 2600-2800-3000, 2800-3000-3200, 3000-3200-3400, 3200-3400-3600, 3400-3600-3800, 3600-3800-4000, 3800-4000-4200, 4000-4200-4400, 4200-4400-4600, 4400-4600-4800, 4600-4800-5000, 4800-5000-5200, 5000-5200-5400, 5200-5400-5600, 5400-5600-5800, 5600-5800-6000, 5800-6000-6200, 6000-6200-6400, 6200-6400-6600, 6400-6600-6800, 6600-6800-7000, 6800-7000-7200, 7000-7200-7400, 7200-7400-7600, 7400-7600-7800, 7600-7800-8000, 7800-8000-8200, 8000-8200-8400, 8200-8400-8600, 8400-8600-8800, 8600-8800-9000, 8800-9000-9200, 9000-9200-9400, 9200-9400-9600, 9400-9600-9800, 9600-9800-10000, 9800-10000-10200, 10000-10200-10400, 10200-10400-10600, 10400-10600-10800, 10600-10800-11000, 10800-11000-11200, 11000-11200-11400, 11200-11400-11600, 11400-11600-11800, 11600-11800-12000, 11800-12000-12200, 12000-12200-12400, 12200-12400-12600, 12400-12600-12800, 12600-12800-13000, 12800-13000-13200, 13000-13200-13400, 13200-13400-13600, 13400-13600-13800, 13600-13800-14000, 13800-14000-14200, 14000-14200-14400, 14200-14400-14600, 14400-14600-14800, 14600-14800-15000, 14800-15000-15200, 15000-15200-15400, 15200-15400-15600, 15400-15600-15800, 15600-15800-16000, 15800-16000-16200, 16000-16200-16400, 16200-16400-16600, 16400-16600-16800, 16600-16800-17000, 16800-17000-17200, 17000-17200-17400, 17200-17400-17600, 17400-17600-17800, 17600-17800-18000, 17800-18000-18200, 18000-18200-18400, 18200-18400-18600, 18400-18600-18800, 18600-18800-19000, 18800-19000-19200, 19000-19200-19400, 19200-19400-19600, 19400-19600-19800, 19600-19800-20000, 19800-20000-20200, 20000-20200-20400, 20200-20400-20600, 20400-20600-20800, 20600-20800-21000, 20800-21000-21200, 21000-21200-21400, 21200-21400-21600, 21400-21600-21800, 21600-21800-22000, 21800-22000-22200, 22000-22200-22400, 22200-22400-22600, 22400-22600-22800, 22600-22800-23000, 22800-23000-23200, 23000-23200-23400, 23200-23400-23600, 23400-23600-23800, 23600-23800-24000, 23800-24000-24200, 24000-24200-24400, 24200-24400-24600, 24400-24600-24800, 24600-24800-25000, 24800-25000-25200, 25000-25200-25400, 25200-25400-25600, 25400-25600-25800, 25600-25800-26000, 25800-26000-26200, 26000-26200-26400, 26200-26400-26600, 26400-26600-26800, 26600-26800-27000, 26800-27000-27200, 27000-27200-27400, 27200-27400-27600, 27400-27600-27800, 27600-27800-28000, 27800-28000-28200, 28000-28200-28400, 28200-28400-28600, 28400-28600-28800, 28600-28800-29000, 28800-29000-29200, 29000-29200-29400, 29200-29400-29600, 29400-29600-29800, 29600-29800-30000, 29800-30000-30200, 30000-30200-30400, 30200-30400-30600, 30400-30600-30800, 30600-30800-31000, 30800-31000-31200, 31000-31200-31400, 31200-31400-31600, 31400-31600-31800, 31600-31800-32000, 31800-32000-32200, 32000-32200-32400, 32200-32400-32600, 32400-32600-32800, 32600-32800-33000, 32800-33000-33200, 33000-33200-33400, 33200-33400-33600, 33400-33600-33800, 33600-33800-34000, 33800-34000-34200, 34000-34200-34400, 34200-34400-34600, 34400-34600-34800, 34600-34800-35000, 34800-35000-35200, 35000-35200-35400, 35200-35400-35600, 35400-35600-35800, 35600-35800-36000, 35800-36000-36200, 36000-36200-36400, 36200-36400-36600, 36400-36600-36800, 36600-36800-37000, 36800-37000-37200, 37000-37200-37400, 37200-37400-37600, 37400-37600-37800, 37600-37800-38000, 37800-38000-38200, 38000-38200-38400, 38200-38400-38600, 38400-38600-38800, 38600-38800-39000, 38800-39000-39200, 39000-39200-39400, 39200-39400-39600, 39400-39600-39800, 39600-39800-40000, 39800-40000-40200, 40000-40200-40400, 40200-40400-40600, 40400-40600-40800, 40600-40800-41000, 40800-41000-41200, 41000-41200-41400, 41200-41400-41600, 41400-41600-41800, 41600-41800-42000, 41800-42000-42200, 42000-42200-42400, 42200-42400-42600, 42400-42600-42800, 42600-42800-43000, 42800-43000-43200, 43000-43200-43400, 43200-43400-43600, 43400-43600-43800, 43600-43800-44000, 43800-44000-44200, 44000-44200-44400, 44200-44400-44600, 44400-44600-44800, 44600-44800-45000, 44800-45000-45200, 45000-45200-45400, 45200-45400-45600, 45400-45600-45800, 45600-45800-46000, 45800-46000-46200, 46000-46200-46400, 46200-46400-46600, 46400-46600-46800, 46600-46800-47000, 46800-47000-47200, 47000-47200-47400, 47200-47400-47600, 47400-47600-47800, 47600-47800-48000, 47800-48000-48200, 48000-48200-48400, 48200-48400-48600, 48400-48600-48800, 48600-48800-49000, 48800-49000-49200, 49000-49200-49400, 49200-49400-49600, 49400-49600-49800, 49600-49800-50000, 49800-50000-50200, 50000-50200-50400, 50200-50400-50600, 50400-50600-50800, 50600-50800-51000, 50800-51000-51200, 51000-51200-51400, 51200-51400-51600, 51400-51600-51800, 51600-51800-52000, 51800-52000-52200, 52000-52200-52400, 52200-52400-52600, 52400-52600-52800, 52600-52800-53000, 52800-53000-53200, 53000-53200-53400, 53200-53400-53600, 53400-53600-53800, 53600-53800-54000, 53800-54000-54200, 54000-54200-54400, 54200-54400-54600, 54400-54600-54800, 54600-54800-55000, 54800-55000-55200, 55000-55200-55400, 55200-55400-55600, 55400-55600-55800, 55600-55800-56000, 55800-56000-56200, 56000-56200-56400, 56200-56400-56600, 56400-56600-56800, 56600-56800-57000, 56800-57000-57200, 57000-57200-57400, 57200-57400-57600, 57400-57600-57800, 57600-57800-58000, 57800-58000-58200, 58000-58200-58400, 58200-58400-58600, 58400-58600-58800, 58600-58800-59000, 58800-59000-59200, 59000-59200-59400, 59200-59400-59600, 59400-59600-59800, 59600-59800-60000, 59800-60000-60200, 60000-60200-60400, 60200-60400-60600, 60400-60600-60800, 60600-60800-61000, 60800-61000-61200, 61000-61200-61400, 61200-61400-61600, 61400-61600-61800, 61600-61800-62000, 61800-62000-62200, 62000-62200-62400, 62200-62400-62600, 62400-62600-62800, 62600-62800-63000, 62800-63000-63200, 63000-63200-63400, 63200-63400-63600, 63400-63600-63800, 63600-63800-64000, 63800-64000-64200, 64000-64200-64400, 64200-64400-64600, 64400-64600-64800, 64600-64800-65000, 64800-65000-65200, 65000-65200-65400, 65200-65400-65600, 65400-65600-65800, 65600-65800-66000, 65800-66000-66200, 66000-66200-66400, 66200-66400-66600, 66400-66600-66800, 66600-66800-67000, 66800-67000-67200, 67000-67200-67400, 67200-67400-67600, 67400-67600-67800, 67600-67800-68000, 67800-68000-68200, 68000-68200-68400, 68200-68400-68600, 68400-68600-68800, 68600-68800-69000, 68800-69000-69200, 69000-69200-69400, 69200-69400-69600, 69400-69600-69800, 69600-69800-70000, 69800-70000-70200, 70000-70200-70400, 70200-70400-70600, 70400-70600-70800, 70600-70800-71000, 70800-71000-71200, 71000-71200-71400, 71200-71400-71600, 71400-71600-71800, 71600-71800-72000, 71800-72000-72200, 72000-72200-72400, 72200-72400-72600, 72400-72600-72800, 72600-72800-73000, 72800-73000-73200, 73000-73200-73400, 73200-73400-73600, 73400-73600-73800, 73600-73800-74000, 73800-74000-74200, 74000-74200-74400, 74200-74400-74600, 74400-74600-74800, 74600-74800-75000, 74800-75000-75200, 75000-75200-75400, 75200-75400-75600, 75400-75600-75800, 75600-75800-76000, 75800-76000-76200, 76000-76200-76400, 76200-76400-76600, 76400-76600-76800, 76600-76800-77000, 76800-77000-77200, 77000-77200-77400, 77200-77400-77600, 77400-77600-77800, 77600-77800-78000, 77800-78000-78200, 78000-78200-78400, 78200-78400-78600, 78400-78600-78800, 78600-78800-79000, 78800-79000-79200, 79000-79200-79400, 79200-79400-79600, 79400-79600-79800, 79600-79800-80000, 79800-80000-80200, 80000-80200-80400, 80200-80400-80600, 80400-80600-80800, 80600-80800-81000, 80800-81000-81200, 81000-81200-81400, 81200-81400-81600, 81400-81600-81800, 81600-81800-82000, 81800-82000-82200, 82000-82200-82400, 82200-82400-82600, 82400-82600-82800, 82600-82800-83000, 82800-83000-83200, 83000-83200-83400, 83200-83400-83600, 83400-83600-83800, 83600-83800-84000, 83800-84000-84200, 84000-84200-84400, 84200-84400-84600, 84400-84600-84800, 84600-84800-85000, 84800-85000-85200, 85000-85200-85400, 85200-85400-85600, 85400-85600-85800, 85600-85800-86000, 85800-86000-86200, 86000-86200-86400, 86200-86400-86600, 86400-86600-86800, 86600-86800-87000, 86800-87000-87200, 87000-87200-87400, 87200-87400-87600, 87400-87600-87800, 87600-87800-88000, 87800-88000-88200, 88000-88200-88400, 88200-88400-88600, 88400-88600-88800, 88600-88800-89000, 88800-89000-89200, 89000-89200-89400, 89200-89400-89600, 89400-89600-89800, 89600-89800-90000, 89800-90000-90200, 90000-90200-90400, 90200-90400-90600, 90400-90600-90800, 90600-90800-91000, 90800-91000-91200, 91000-91200-91400, 91200-91400-91600, 91400-91600-91800, 91600-91800-92000, 91800-92000-92200, 92000-92200-92400, 92200-92400-92600, 92400-92600-92800, 92600-92800-93000, 92800-93000-93200, 93000-93200-93400, 93200-93400-93600, 93400-93600-93800, 93600-93800-94000, 93800-94000-94200, 94000-94200-94400, 94200-94400-94600, 94400-94600-94800, 94600-94800-95000, 94800-95000-95200, 95000-95200-95400, 95200-95400-95600, 95400-95600-95800, 95600-95800-96000, 95800-96000-96200, 96000-96200-96400, 96200-96400-96600, 96400-96600-96800, 96600-96800-97000, 96800-97000-97200, 97000-97200-97400, 97200-97400-97600, 97400-97600-97800, 97600-97800-98000, 97800-98000-98200, 98000-98200-98400, 98200-98400-98600, 98400-98600-98800, 98600-98800-99000, 98800-99000-99200, 99000-99200-99400, 99200-99400-99600, 99400-99600-99800, 99600-99800-100000, 99800-100000-100200, 100000-100200-100400, 100200-100400-100600, 100400-100600-100800, 100600-100800-101000, 100800-101000-101200, 101000-101200-101400, 101200-101400-101600, 101400-101600-101800, 101600-101800-102000, 101800-102000-102200, 102000-102200-102400, 102200-102400-102600, 102400-102600-102800, 102600-102800-103000, 102800-103000-103200, 103000-103200-103400, 103200-103400-103600, 103400-103600-103800, 103600-103800-104000, 103800-104000-104200, 104000-104200-104400, 104200-104400-104600, 104400-104600-104800, 104600-104800-105000, 104800-105000-105200, 105000-105200-105400, 105200-105400-105600, 105400-105600-105800, 105600-105800-106000, 105800-106000-106200, 106000-106200-106400, 106200-106400-106600, 106400-106600-106800, 106600-106800-107000, 106800-107000-107200, 107000-107200-107400, 107200-107400-107600, 107400-107600-107800, 107600-107800-108000, 107800-108000-108200, 108000-108200-108400, 108200-108400-108600, 108400-108600-108800, 108600-108800-109000, 108800-109000-109200, 109000-109200-109400, 109200-109400-109600, 109400-109600-109800, 109600-109800-110000, 109800-110000-110200, 110000-110200-110400, 110200-110400-110600, 110400-110600-110800, 110600-110800-111000, 110800-111000-111200, 111000-111200-111400, 111200-111400-111600, 111400-111600-111800, 111600-111800-112000, 111800-112000-112200, 112000-112200-112400, 112200-112400-112600, 112400-112600-112800, 112600-112800-113000, 112800-113000-113200, 113000-113200-113400, 113200-113400-113600, 113400-113600-113800, 113600-113800-114000, 113800-114000-114200, 114000-114200-114400, 114200-114400-114600, 114400-114600-114800, 114600-114800-115000, 114800-115000-115200, 115000-115200-115400, 115200-115400-115600, 115400-115600-115800, 115600-115800-116000, 115800-116000-116200, 116000-116200-116400, 116200-116400-116600, 116400-116600-116800, 116600-116800-117000, 116800-117000-117200, 117000-117200-117400, 117200-117400-117600,

2082



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



| | | | | | |
|---|---|-------|------------|------|------------|
| DATA DE ADMISSÃO | DIH | | 19/07/2019 | DN | 01/31/1991 |
| PACIENTE | REGINALDO ANDRADE DUARTE | | | | |
| DIAGNÓSTICO | FX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D | | | | |
| ALERGIAS | NÃO | | | | |
| IDADE | 28 | LEITO | 208-2 | DATA | 07/08/2019 |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | | HORÁRIO |
| 1 | DILTIAZEM 75MG, CIRURGIA HJ A TARDE | | | | S/D |
| 7 | MIL DOLOTRAMIDA 10MG EV 8/8H S/N | | | | S/D |
| 8 | DIPYRIDA 500MG EV DE 40 GOTAS VO DE 8/8H S/N | | | | S/D |
| 9 | TRAMAL 100MG + SCL 0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENS. | | | | S/D |
| 10 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 150 F OU PAD > 110 MMHG | | | | S/D |
| 11 | SSVM + OGG 5/5 H | | | | S/D |
| 12 | TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N | | | | S/D |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA | | | | S/D |
| 15 | CURATIVO DIÁRIO | | | | S/D |
| 16 | CLEXANE 40MG SC 1X AO DIA | | | | S/D |
| 17 | | | | | S/D |
| 18 | | | | | S/D |
| 19 | | | | | S/D |
| 20 | | | | | S/D |
| SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (30U), CONFORME ESQUEMA: 200-250. 2UI; 251-300. 4UI; 301-350. 6UI; 351-400. 8UI; 401- 19 UI E QL GLICOSE < 70 DI/ML GLICOSE 50% 40 ML EV - AVISAR PLANTONISTA | | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEBITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACIQUANTE, COM QUILIXAS MÚLTIPAS, 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 DE 8.1

EXAME FÍSICO: FREQ. CARDIÓTICO, ANICTÉRICO, AFEIRIL, EUFÔNICO, HIPOFONADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOGOSE. DIA 6/8/19 PROGRAMAÇÃO PARA RMS E COLOCAÇÃO DE TRACÃO TRANSIBIAL

| | | | | |
|-------------------------|----|----------|----|--|
| SINAIS VITAIS | | CONDIÇÃO | | Dr. Augusto Cuvalante CRM RR 1064 Residente de Ortopedia e Traumatologia |
| 6 H | PA | FC | FR | |
| PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA | | | | |
| 12 H | PA | FC | FR | |
| 18 H | PA | FC | FR | |
| 24 H | PA | FC | FR | |

12.10 H PA 130 x 70 mmHg, FC 74 bpm, T 38.6 C.

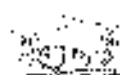
24.10 H PA 120 x 70 mmHg, FC 78 bpm, T 36.1 C.

26.10 H PA 120 x 70 mmHg, FC 78 bpm, T 36.1 C.

28.10 H PA 120 x 70 mmHg, FC 78 bpm, T 36.1 C.

30.10 H PA 120 x 70 mmHg, FC 78 bpm, T 36.1 C.

31.10 H PA 120 x 70 mmHg, FC 78 bpm, T 36.1 C.



Paciente: Reginildo Andrade Duarte
Solicitação: 07/11/2022 Número Interno:
Origem: HCS
Data de Emissão: 07/11/2022 17:10

Sexo: Masculino
Solicitante:
Série: 3L0003
Recbimento:

Nasc: 06/01/1991

Idade: 31 ANO

Leito: 208-2

Resultado do Exame

Ampliar: 201722107

HEMOGRAMA COMPLETO

Material: SANGUE TOTAL

Metodologia: 1216 - Anticoagulante (po 5286)

LEUCOGRAMA

Resultado

Referência

$5.35 \times 10^9/\mu\text{L}$

$4.0 - 12.0 \times 10^9/\mu\text{L}$

55.80 %

50.0 - 70.0 %

33.60 %

20.0 - 40.0 %

5.10 %

3.0 - 12.0 %

4.20 %

0.5 - 5.0 %

0.30 %

0.0 - 1.0 %

ERITROGRAMA

$3.75 \times 10^{15}/\mu\text{L}$

3.72 - $5.52 \times 10^{15}/\mu\text{L}$

10.10 g/dL

13.5 - 18.0 g/dL

34.80 %

47.0 - 50.0 %

92.40 ug/L

57.0 - 103.0 ug/L

26.90 pg

27.0 - 34.0 pg

29.10 g/dL

27.0 - 37.0 g/dL

14.00 %

11.0 - 18.0 %

54.60 fL

35.0 - 60.0 fL

PLAQUEOGRAMA

$177.00 \times 10^9/\mu\text{L}$

150.0 - 400.0 $\times 10^9/\mu\text{L}$

9.40 fL

6.0 - 12.0 fL

17.70

9.0 - 17.0

0.166 %

1.00 - 2.82 %

Sistema Unificado de
Regulação em Saúde
SUS-UNIRH

Regulação Unificada de Saúde em Pernambuco - Regulação Unificada SUS-UNIRH
Sistema Unificado de Regulação em Saúde - SUS-UNIRH

07/11/2022 17:10

15 Redigido

15/11/2022 17:10

Sistema Unificado de
Regulação em Saúde
SUS-UNIRH

Sistema Unificado de
Regulação em Saúde
SUS-UNIRH

SUS-UNIRH

SUS-UNIRH

GOVERN
DE PERNA



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: FRATURA DE FÊMUR DISTAL E

ALERGIA: _____ HAS: _____ SINAIS: _____ DMZ: _____
 IDADE: 28 LEITO: 208-2 DATA: 08/08/2019

| ITEM | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|------|-------------------------------------|---------|
| 1 | ACETILSALICÍLICO 500MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 2 | PARACETOL 1000MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 3 | DIETRONA 500MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 4 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 5 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 6 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 7 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 8 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 9 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 10 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 11 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 12 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 13 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 14 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 15 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 16 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 17 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 18 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 19 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 20 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 21 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 22 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 23 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 24 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 25 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 26 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 27 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 28 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 29 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 30 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 31 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 32 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 33 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 34 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 35 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 36 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 37 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 38 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 39 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 40 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 41 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 42 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 43 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 44 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 45 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 46 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 47 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 48 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 49 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 50 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 51 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 52 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 53 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 54 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 55 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 56 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 57 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 58 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 59 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 60 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 61 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 62 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 63 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 64 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 65 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 66 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 67 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 68 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 69 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 70 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 71 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 72 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 73 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 74 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 75 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 76 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 77 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 78 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 79 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 80 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 81 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 82 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 83 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 84 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 85 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 86 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 87 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 88 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 89 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 90 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 91 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 92 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 93 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 94 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 95 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 96 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 97 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 98 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 99 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |
| 100 | TRAMAL 100MG VO 1X AO DIA | 8:00 |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/7/19 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB PRESENTAVA-SE DE 5,7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8,1. EXAME FÍSICO: BOA ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPODORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE FIXADOR TRANSARTICULAR D, SEM SINAIS DE FLOCOSE. DIA 6/8/19 PROGRAMAÇÃO PARA RVS E COLOCAÇÃO DE TRAÇÃO TRANSFEMURAL.

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | T |
|---------------|--------|----|----|------|
| 6 H | 112/70 | 72 | 22 | 36,0 |
| 12 H | 112/70 | 72 | 22 | 36,0 |
| 18 H | 112/70 | 72 | 22 | 36,0 |
| 24 H | 112/70 | 72 | 22 | 36,0 |

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

Obs: Refere-se a algia em MIO (troca de medicação), sendo realizada.

Refere-se a algia em MIO (troca de medicação), sendo realizada.

Refere-se a algia em MIO (troca de medicação), sendo realizada.

Refere-se a algia em MIO (troca de medicação), sendo realizada.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas -
HGR

Protocolo nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: PERSONAL DO NUTRIÇÃO

Leito: 208-22

Data: 08/08/13

Localização



Região: MM

Limfologia

☐ ALP I ☐ ILE IV ☐ Queda de ☐ Cúrcuma ☐ DM ☐ Vascular
☒ Sítio: ☒ Infecção ☐ Fator Externo ☐ Dor, prurido, etc.



Região: MM

Aspecto da

☐ Necrose ☐ Amarelado ☒ Escarado ☐ Crustáceo ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Drenagem ☐ Soro ☐ Outros

Deferido

☒ Anestesia ☐ Solução ☐ Soro ☐ Penicilina / Klorur
☐ Outros

Tipo de Lesão

☐ Pariente ☐ Soro ☒ Esquema ☐ Soro ☐ Soro
☐ Outros

Quantidade de

☐ Método ☒ Limbo ☐ Soro

Solução de

☒ Soro ☐ Iodo ☒ Clorexidina 2m ☐ Álcool 70%

Comprimidos

☒ Soro ☐ Colágeno ☐ Soro ☐ Soro ☐ H. C. ☐ H. C. ☐ H. C.

Outros

☐ 12/12 ☒ 12/12 ☐ 48/48

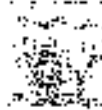
Profissional que

Isaura S. Pereira

Assinatura

Isaura S. Pereira

Observações



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



END DE ADMISÃO

DIH

19/07/2019

DN

01/01/1991

PACIENTE RENIVALDO ANDRADE DUARTE

MONOSTIPX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIAS

TIAS

SIM

LM2

IDADE

28

LEITO

208-2

DATA

09/08/2019

HEM

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

| | | |
|----|--|----|
| 1 | DO AQUI À PRÓXIMA CIRURGIA À TARDE | Su |
| 2 | METFORMINA 1000MG EV 8/8H S/N | Su |
| 3 | DIPIRIDA 100MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H S/N | Su |
| 4 | TRAMAL 100MG + SED. 5% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | Su |
| 5 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 E OU PAD > 110 MMHG | Su |
| 6 | ASSV + CCGG 5/6 H | Su |
| 7 | TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N | Su |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA | Su |
| 9 | CURATIVO DIÁRIO | Su |
| 10 | CLEFAXE 40MG GO 1X AO DIA | Su |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 21 | SEQUESTRANTE CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SO), CONFORME ESQUEMA: 200-250: 2UI; 251-300: 4UI; 301-350: 6UI; 351-400: 8UI; 401-450: 10UI E OU GLICOSE > 70 DML, GLICOSE 50% 40 ML EV + AMISAR PLANTONISTA | Su |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RENOVOU O PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEILAS ARDIDAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA. DIA DIA 26/07/2019 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB UNICONTRAVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 7/8: 10.1
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANULÉRICO, AFEBRIL, FUPNFICO, HIPPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

SOLICITADO: # CONDUZA:

SIGNOS VITAIS E CIRCULATÓRIA

| | PA | FC | FR | |
|------|----------|----|----|--------|
| 12 H | 120 x 76 | 75 | 18 | 36.3°C |
| 18 H | 120 x 76 | 75 | | 35.8°C |
| 24 H | | | | |

Dr. Augusto Cavalcante
CRM 87.1964
Residência de Ortopedia e
Traumatologia

Nelsonio D. do Nascimento

19/08/2019 - 14h30
Realização de 350V
C.P.P.



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



DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 10/07/2019 CN: 01/01/1991

YOLLY FERREIRA DO ANDRADE DUARTE

ROMPTOFA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL D

CLINICA: _____ HAS: _____ SIM: _____ DM2: _____

IDADE: _____ SEXO: _____ LEITO: 208-2 DATA: 09/08/2019

DIAGNÓSTICO: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORARIO: _____

1. ALOJA 2400 CIRURGIA - 1A TARDE

2. ME. ORLOPRAM DA 10MS EV 8/8H 5/1

3. ORLOPRAM 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/8H 5/1

4. TRAMAL 100MG + SF 0,9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

5. CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG

6. ORLOPRAM 500MG 6/8H

7. TRAMAL 100MG VO DE 6/8H 5/1

8. ORLOPRAM 500MG VO 1X AO DIA

9. ORLOPRAM 500MG

10. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

11. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

12. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

13. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

14. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

15. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

16. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

17. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

18. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

19. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

20. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

21. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

22. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

23. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

24. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

25. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

26. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

27. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

28. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

29. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

30. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

31. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

32. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

33. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

34. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

35. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

36. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

37. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

38. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

39. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

40. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

41. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

42. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

43. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

44. ORLOPRAM 500MG 1X AO DIA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

45 ENCONTRO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM
 OULHAS MÓBILIS, FUNÇÃO FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACHTA BEM A DIETA DIA DIA
 20/7/19 - PACIENTE EM TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HH
 ENCONTRAVA-SE DE 11. APÓS TRANSFUSÃO HH DE 8.1 HB DO DIA 7/8: 10.1
 46 PACIENTE EM REPOSIÇÃO, ANOTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, HIPOCRÁDICO,
 HEMATÓDICO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS EM USO DE TRACÇÃO TRANSTIBIAL.

47 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

48 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

49 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

50 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

51 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

52 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

53 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

54 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

55 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

56 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

57 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

58 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

59 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

60 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

61 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

62 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

63 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

64 SUGESTÃO: 7 CONDUITA.

| DATA | FE | FR |
|------|----|----|
| 12 H | | |
| 18 H | | |
| 24 H | | |

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

| | | | | | |
|----------|---------------|-----------|--------------|------|-----------|
| Page | 6 | Date | 2/20/85 | Time | 07. |
| Location | Bureau of the | Inspector | David H. ... | Room | 1-11-1-10 |

| | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|----|----------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-----|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | 34 | 35 | 36 | 37 | 38 | 39 | 40 | 41 | 42 | 43 | 44 | 45 | 46 | 47 | 48 | 49 | 50 | 51 | 52 | 53 | 54 | 55 | 56 | 57 | 58 | 59 | 60 | 61 | 62 | 63 | 64 | 65 | 66 | 67 | 68 | 69 | 70 | 71 | 72 | 73 | 74 | 75 | 76 | 77 | 78 | 79 | 80 | 81 | 82 | 83 | 84 | 85 | 86 | 87 | 88 | 89 | 90 | 91 | 92 | 93 | 94 | 95 | 96 | 97 | 98 | 99 | 100 |
| | | | | | | | | | | ITEMA CARDIOVASCULAR | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | |

| SISTEMA GASTROINTESTINAL | | SISTEMA GASTROINTESTINAL | | SISTEMA GASTROINTESTINAL | | SISTEMA GASTROINTESTINAL | |
|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|--------------------------|--------------|
| Alimentos | Medicamentos | Alimentos | Medicamentos | Alimentos | Medicamentos | Alimentos | Medicamentos |
| Alimentos | Medicamentos | Alimentos | Medicamentos | Alimentos | Medicamentos | Alimentos | Medicamentos |
| Alimentos | Medicamentos | Alimentos | Medicamentos | Alimentos | Medicamentos | Alimentos | Medicamentos |

[illegible]

| | | | | | |
|--|--|--|-----------------|---------------------|-------------|
| | | | () Pálida | () Janela | () Digital |
| | | | () Polia | () Janela | () Hematíp |
| | | | () C. completa | () Janela contínua | () Duplex |

CD - QUINTE DE CANTIGAS/SOMIDAS/PREVIOU/CRTESES E PROTESES

Cantiga: 154 Local: 5D Data: 06/08

Cantiga: 154 Local: 5D Data: 06/08

1ª parte CD: 154

[illegible]

| | | |
|-------------------------------------|--|--------------------------------|
| Risco de danos à integridade física | Intoxicação alimentar/prejuízo alimentar | Risco de Quedas |
| Risco de danos à integridade física | Atividade física prejudicada | Risco de Broncoaspiração |
| Risco de danos à integridade física | Risco de integridade da pele/prejuízo | Elaboração de dieta inadequada |

| | |
|--|---|
| <p> Facoltà di Ingegneria la Triennale in Ingegneria Industriale </p> | <p> Scuola di Ingegneria la Triennale in Ingegneria Industriale </p> |
|--|---|

[illegible]

| | | | |
|---|----------------|----------------|------------------------|
| | Solo Sudo: 1-2 | Terraço: 24-40 | Risco Alto: mais de 40 |
| Prescrição para prescrição de queda no vergo | | | |

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleos de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Verdänkt: 08

Elaborada: 02/2013

Actualizada: 12/2018





Tratamiento de Feridas -

HGR

Paciente: DO BINA DO ANDRADE

Leito: 208-2

Data: 09 / 08 / 19

| | | | | |
|-------------|---|---|---|---------------|
| Localização |   | Região: <u>MM</u> |   | Região: _____ |
| Etiologia | <input type="checkbox"/> LPP <input type="checkbox"/> LPP IV <input type="checkbox"/> <input checked="" type="checkbox"/> Oclusão de <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Infecção <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Fator Psíquico <input type="checkbox"/> Dor local <input type="checkbox"/> Outro: _____ | Grau: I () II (<input checked="" type="checkbox"/>) <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> VII <input type="checkbox"/> VIII <input type="checkbox"/> IX <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> XI <input type="checkbox"/> XII <input type="checkbox"/> XIII <input type="checkbox"/> XIV <input type="checkbox"/> XV <input type="checkbox"/> XVI <input type="checkbox"/> XVII <input type="checkbox"/> XVIII <input type="checkbox"/> XIX <input type="checkbox"/> XX <input type="checkbox"/> XXI <input type="checkbox"/> XXII <input type="checkbox"/> XXIII <input type="checkbox"/> XXIV <input type="checkbox"/> XXV <input type="checkbox"/> XXVI <input type="checkbox"/> XXVII <input type="checkbox"/> XXVIII <input type="checkbox"/> XXIX <input type="checkbox"/> XXX <input type="checkbox"/> XXXI <input type="checkbox"/> XXXII <input type="checkbox"/> XXXIII <input type="checkbox"/> XXXIV <input type="checkbox"/> XXXV <input type="checkbox"/> XXXVI <input type="checkbox"/> XXXVII <input type="checkbox"/> XXXVIII <input type="checkbox"/> XXXIX <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XLI <input type="checkbox"/> XLII <input type="checkbox"/> XLIII <input type="checkbox"/> XLIV <input type="checkbox"/> XLV <input type="checkbox"/> XLVI <input type="checkbox"/> XLVII <input type="checkbox"/> XLVIII <input type="checkbox"/> XLIX <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> LII <input type="checkbox"/> LIII <input type="checkbox"/> LIV <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> LVI <input type="checkbox"/> LVII <input type="checkbox"/> LVIII <input type="checkbox"/> LVIX <input type="checkbox"/> LX <input type="checkbox"/> LXI <input type="checkbox"/> LXII <input type="checkbox"/> LXIII <input type="checkbox"/> LXIV <input type="checkbox"/> LXV <input type="checkbox"/> LXVI <input type="checkbox"/> LXVII <input type="checkbox"/> LXVIII <input type="checkbox"/> LXIX <input type="checkbox"/> LXX <input type="checkbox"/> LXXI <input type="checkbox"/> LXXII <input type="checkbox"/> LXXIII <input type="checkbox"/> LXXIV <input type="checkbox"/> LXXV <input type="checkbox"/> LXXVI <input type="checkbox"/> LXXVII <input type="checkbox"/> LXXVIII <input type="checkbox"/> LXXIX <input type="checkbox"/> LXXX <input type="checkbox"/> LXXXI <input type="checkbox"/> LXXXII <input type="checkbox"/> LXXXIII <input type="checkbox"/> LXXXIV <input type="checkbox"/> LXXXV <input type="checkbox"/> LXXXVI <input type="checkbox"/> LXXXVII <input type="checkbox"/> LXXXVIII <input type="checkbox"/> LXXXIX <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XLI <input type="checkbox"/> XLII <input type="checkbox"/> XLIII <input type="checkbox"/> XLIV <input type="checkbox"/> XLV <input type="checkbox"/> XLVI <input type="checkbox"/> XLVII <input type="checkbox"/> XLVIII <input type="checkbox"/> XLIX <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> LII <input type="checkbox"/> LIII <input type="checkbox"/> LIV <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> LVI <input type="checkbox"/> LVII <input type="checkbox"/> LVIII <input type="checkbox"/> LVIX <input type="checkbox"/> LX <input type="checkbox"/> LXI <input type="checkbox"/> LXII <input type="checkbox"/> LXIII <input type="checkbox"/> LXIV <input type="checkbox"/> LXV <input type="checkbox"/> LXVI <input type="checkbox"/> LXVII <input type="checkbox"/> LXVIII <input type="checkbox"/> LXIX <input type="checkbox"/> LXX <input type="checkbox"/> LXXI <input type="checkbox"/> LXXII <input type="checkbox"/> LXXIII <input type="checkbox"/> LXXIV <input type="checkbox"/> LXXV <input type="checkbox"/> LXXVI <input type="checkbox"/> LXXVII <input type="checkbox"/> LXXVIII <input type="checkbox"/> LXXIX <input type="checkbox"/> LXXX <input type="checkbox"/> LXXXI <input type="checkbox"/> LXXXII <input type="checkbox"/> LXXXIII <input type="checkbox"/> LXXXIV <input type="checkbox"/> LXXXV <input type="checkbox"/> LXXXVI <input type="checkbox"/> LXXXVII <input type="checkbox"/> LXXXVIII <input type="checkbox"/> LXXXIX <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XLI <input type="checkbox"/> XLII <input type="checkbox"/> XLIII <input type="checkbox"/> XLIV <input type="checkbox"/> XLV <input type="checkbox"/> XLVI <input type="checkbox"/> XLVII <input type="checkbox"/> XLVIII <input type="checkbox"/> XLIX <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> LII <input type="checkbox"/> LIII <input type="checkbox"/> LIV <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> LVI <input type="checkbox"/> LVII <input type="checkbox"/> LVIII <input type="checkbox"/> LVIX <input type="checkbox"/> LX <input type="checkbox"/> LXI <input type="checkbox"/> LXII <input type="checkbox"/> LXIII <input type="checkbox"/> LXIV <input type="checkbox"/> LXV <input type="checkbox"/> LXVI <input type="checkbox"/> LXVII <input type="checkbox"/> LXVIII <input type="checkbox"/> LXIX <input type="checkbox"/> LXX <input type="checkbox"/> LXXI <input type="checkbox"/> LXXII <input type="checkbox"/> LXXIII <input type="checkbox"/> LXXIV <input type="checkbox"/> LXXV <input type="checkbox"/> LXXVI <input type="checkbox"/> LXXVII <input type="checkbox"/> LXXVIII <input type="checkbox"/> LXXIX <input type="checkbox"/> LXXX <input type="checkbox"/> LXXXI <input type="checkbox"/> LXXXII <input type="checkbox"/> LXXXIII <input type="checkbox"/> LXXXIV <input type="checkbox"/> LXXXV <input type="checkbox"/> LXXXVI <input type="checkbox"/> LXXXVII <input type="checkbox"/> LXXXVIII <input type="checkbox"/> LXXXIX <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XLI <input type="checkbox"/> XLII <input type="checkbox"/> XLIII <input type="checkbox"/> XLIV <input type="checkbox"/> XLV <input type="checkbox"/> XLVI <input type="checkbox"/> XLVII <input type="checkbox"/> XLVIII <input type="checkbox"/> XLIX <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> LII <input type="checkbox"/> LIII <input type="checkbox"/> LIV <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> LVI <input type="checkbox"/> LVII <input type="checkbox"/> LVIII <input type="checkbox"/> LVIX <input type="checkbox"/> LX <input type="checkbox"/> LXI <input type="checkbox"/> LXII <input type="checkbox"/> LXIII <input type="checkbox"/> LXIV <input type="checkbox"/> LXV <input type="checkbox"/> LXVI <input type="checkbox"/> LXVII <input type="checkbox"/> LXVIII <input type="checkbox"/> LXIX <input type="checkbox"/> LXX <input type="checkbox"/> LXXI <input type="checkbox"/> LXXII <input type="checkbox"/> LXXIII <input type="checkbox"/> LXXIV <input type="checkbox"/> LXXV <input type="checkbox"/> LXXVI <input type="checkbox"/> LXXVII <input type="checkbox"/> LXXVIII <input type="checkbox"/> LXXIX <input type="checkbox"/> LXXX <input type="checkbox"/> LXXXI <input type="checkbox"/> LXXXII <input type="checkbox"/> LXXXIII <input type="checkbox"/> LXXXIV <input type="checkbox"/> LXXXV <input type="checkbox"/> LXXXVI <input type="checkbox"/> LXXXVII <input type="checkbox"/> LXXXVIII <input type="checkbox"/> LXXXIX <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XLI <input type="checkbox"/> XLII <input type="checkbox"/> XLIII <input type="checkbox"/> XLIV <input type="checkbox"/> XLV <input type="checkbox"/> XLVI <input type="checkbox"/> XLVII <input type="checkbox"/> XLVIII <input type="checkbox"/> XLIX <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> LII <input type="checkbox"/> LIII <input type="checkbox"/> LIV <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> LVI <input type="checkbox"/> LVII <input type="checkbox"/> LVIII <input type="checkbox"/> LVIX <input type="checkbox"/> LX <input type="checkbox"/> LXI <input type="checkbox"/> LXII <input type="checkbox"/> LXIII <input type="checkbox"/> LXIV <input type="checkbox"/> LXV <input type="checkbox"/> LXVI <input type="checkbox"/> LXVII <input type="checkbox"/> LXVIII <input type="checkbox"/> LXIX <input type="checkbox"/> LXX <input type="checkbox"/> LXXI <input type="checkbox"/> LXXII <input type="checkbox"/> LXXIII <input type="checkbox"/> LXXIV <input type="checkbox"/> LXXV <input type="checkbox"/> LXXVI <input type="checkbox"/> LXXVII <input type="checkbox"/> LXXVIII <input type="checkbox"/> LXXIX <input type="checkbox"/> LXXX <input type="checkbox"/> LXXXI <input type="checkbox"/> LXXXII <input type="checkbox"/> LXXXIII <input type="checkbox"/> LXXXIV <input type="checkbox"/> LXXXV <input type="checkbox"/> LXXXVI <input type="checkbox"/> LXXXVII <input type="checkbox"/> LXXXVIII <input type="checkbox"/> LXXXIX <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XLI <input type="checkbox"/> XLII <input type="checkbox"/> XLIII <input type="checkbox"/> XLIV <input type="checkbox"/> XLV <input type="checkbox"/> XLVI <input type="checkbox"/> XLVII <input type="checkbox"/> XLVIII <input type="checkbox"/> XLIX <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> LII <input type="checkbox"/> LIII <input type="checkbox"/> LIV <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> LVI <input type="checkbox"/> LVII <input type="checkbox"/> LVIII <input type="checkbox"/> LVIX <input type="checkbox"/> LX <input type="checkbox"/> LXI <input type="checkbox"/> LXII <input type="checkbox"/> LXIII <input type="checkbox"/> LXIV <input type="checkbox"/> LXV <input type="checkbox"/> LXVI <input type="checkbox"/> LXVII <input type="checkbox"/> LXVIII <input type="checkbox"/> LXIX <input type="checkbox"/> LXX <input type="checkbox"/> LXXI <input type="checkbox"/> LXXII <input type="checkbox"/> LXXIII <input type="checkbox"/> LXXIV <input type="checkbox"/> LXXV <input type="checkbox"/> LXXVI <input type="checkbox"/> LXXVII <input type="checkbox"/> LXXVIII <input type="checkbox"/> LXXIX <input type="checkbox"/> LXXX <input type="checkbox"/> LXXXI <input type="checkbox"/> LXXXII <input type="checkbox"/> LXXXIII <input type="checkbox"/> LXXXIV <input type="checkbox"/> LXXXV <input type="checkbox"/> LXXXVI <input type="checkbox"/> LXXXVII <input type="checkbox"/> LXXXVIII <input type="checkbox"/> LXXXIX <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XLI <input type="checkbox"/> XLII <input type="checkbox"/> XLIII <input type="checkbox"/> XLIV <input type="checkbox"/> XLV <input type="checkbox"/> XLVI <input type="checkbox"/> XLVII <input type="checkbox"/> XLVIII <input type="checkbox"/> XLIX <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> LII <input type="checkbox"/> LIII <input type="checkbox"/> LIV <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> LVI <input type="checkbox"/> LVII <input type="checkbox"/> LVIII <input type="checkbox"/> LVIX <input type="checkbox"/> LX <input type="checkbox"/> LXI <input type="checkbox"/> LXII <input type="checkbox"/> LXIII <input type="checkbox"/> LXIV <input type="checkbox"/> LXV <input type="checkbox"/> LXVI <input type="checkbox"/> LXVII <input type="checkbox"/> LXVIII <input type="checkbox"/> LXIX <input type="checkbox"/> LXX <input type="checkbox"/> LXXI <input type="checkbox"/> LXXII <input type="checkbox"/> LXXIII <input type="checkbox"/> LXXIV <input type="checkbox"/> LXXV <input type="checkbox"/> LXXVI <input type="checkbox"/> LXXVII <input type="checkbox"/> LXXVIII <input type="checkbox"/> LXXIX <input type="checkbox"/> LXXX <input type="checkbox"/> LXXXI <input type="checkbox"/> LXXXII <input type="checkbox"/> LXXXIII <input type="checkbox"/> LXXXIV <input type="checkbox"/> LXXXV <input type="checkbox"/> LXXXVI <input type="checkbox"/> LXXXVII <input type="checkbox"/> LXXXVIII <input type="checkbox"/> LXXXIX <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XLI <input type="checkbox"/> XLII <input type="checkbox"/> XLIII <input type="checkbox"/> XLIV <input type="checkbox"/> XLV <input type="checkbox"/> XLVI <input type="checkbox"/> XLVII <input type="checkbox"/> XLVIII <input type="checkbox"/> XLIX <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> LII <input type="checkbox"/> LIII <input type="checkbox"/> LIV <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> LVI <input type="checkbox"/> LVII <input type="checkbox"/> LVIII <input type="checkbox"/> LVIX <input type="checkbox"/> LX <input type="checkbox"/> LXI <input type="checkbox"/> LXII <input type="checkbox"/> LXIII <input type="checkbox"/> LXIV <input type="checkbox"/> LXV <input type="checkbox"/> LXVI <input type="checkbox"/> LXVII <input type="checkbox"/> LXVIII <input type="checkbox"/> LXIX <input type="checkbox"/> LXX <input type="checkbox"/> LXXI <input type="checkbox"/> LXXII <input type="checkbox"/> LXXIII <input type="checkbox"/> LXXIV <input type="checkbox"/> LXXV <input type="checkbox"/> LXXVI <input type="checkbox"/> LXXVII <input type="checkbox"/> LXXVIII <input type="checkbox"/> LXXIX <input type="checkbox"/> LXXX <input type="checkbox"/> LXXXI <input type="checkbox"/> LXXXII <input type="checkbox"/> LXXXIII <input type="checkbox"/> LXXXIV <input type="checkbox"/> LXXXV <input type="checkbox"/> LXXXVI <input type="checkbox"/> LXXXVII <input type="checkbox"/> LXXXVIII <input type="checkbox"/> LXXXIX <input type="checkbox"/> XL <input type="checkbox"/> XLI <input type="checkbox"/> XLII <input type="checkbox"/> XLIII <input type="checkbox"/> XLIV <input type="checkbox"/> XLV <input type="checkbox"/> XLVI <input type="checkbox"/> XLVII <input type="checkbox"/> XLVIII <input type="checkbox"/> XLIX <input type="checkbox"/> L <input type="checkbox"/> LI <input type="checkbox"/> LII <input type="checkbox"/> LIII <input type="checkbox"/> LIV <input type="checkbox"/> LV <input type="checkbox"/> LVI <input type="checkbox"/> LVII <input type="checkbox"/> | | |

208-2

RELATORIO MEDICO/NIR DE TRANSFERENCIA PARA HOSPITAL DE
RETAGUARDA

DATA 9: E:1%

PACIENTE: *Resimliko Lowman Drake* DN: 1/1/91

DIAGNOSIS: *Leishmania mexicana* sp. 12/11/14

2) $\frac{d}{dt} \left(\frac{1}{\delta_1} \right) = \frac{1}{\delta_1^2} \frac{d\delta_1}{dt}$

KANHAM: 1964

EXAMINATIONS ADMISSIONS DATA / / 1:10 PM / / 11:00 / / 11:00 / /

Trunk: _____ Seg: _____

Ne: K: Cl:

NO₃⁻ ~~PH⁺~~ ~~BL⁻~~ ~~FO²⁺~~ ~~PCO₃²⁻~~

EAS.

CAUTIONS (1/1/3):

WAGTM

EXAMES DO TRANSFERÊNCIA DATA / / 2015 Hora: _____ Local: _____

L. no. _____ Sent _____ Place as: _____ No. _____ Is: _____ Ca: _____

| | | | | | | | | |
|----|----------------------------|-----|-----|----------------------------|----|----------------------------|--------------------------------------|--|
| G. | $\frac{7}{10} \text{CO}_2$ | PH: | PD: | $\frac{\dots}{\text{mg.}}$ | K: | $\frac{\dots}{\text{Ca.}}$ | $\frac{\dots}{\text{P}(\text{O})_2}$ | |
|----|----------------------------|-----|-----|----------------------------|----|----------------------------|--------------------------------------|--|

FA5

Figure 1 shows a schematic diagram of the experimental setup. A laser beam is directed at a sample, and the resulting signal is measured by a detector. The setup is labeled with "Laser", "Sample", and "Detector".

ANTISUBOTICO

USA300

JUSTIFICATIVA DE _____

ANAL. Calcd for $C_{10}H_{12}O$: C, 88.10%; H, 9.10%. Found: C, 88.1%; H, 9.1%.

EXAMEN PROCEDIMIENTOS AGENDADOS: _____

TERAPIA INSTIGADA: 2, 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 24, 25, 26, 27, 28, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 37, 38, 39, 40, 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 52, 53, 54, 55, 56, 57, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 64, 65, 66, 67, 68, 69, 70, 71, 72, 73, 74, 75, 76, 77, 78, 79, 80, 81, 82, 83, 84, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 92, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 106, 107, 108, 109, 110, 111, 112, 113, 114, 115, 116, 117, 118, 119, 120, 121, 122, 123, 124, 125, 126, 127, 128, 129, 130, 131, 132, 133, 134, 135, 136, 137, 138, 139, 140, 141, 142, 143, 144, 145, 146, 147, 148, 149, 150, 151, 152, 153, 154, 155, 156, 157, 158, 159, 160, 161, 162, 163, 164, 165, 166, 167, 168, 169, 170, 171, 172, 173, 174, 175, 176, 177, 178, 179, 180, 181, 182, 183, 184, 185, 186, 187, 188, 189, 190, 191, 192, 193, 194, 195, 196, 197, 198, 199, 200, 201, 202, 203, 204, 205, 206, 207, 208, 209, 210, 211, 212, 213, 214, 215, 216, 217, 218, 219, 220, 221, 222, 223, 224, 225, 226, 227, 228, 229, 230, 231, 232, 233, 234, 235, 236, 237, 238, 239, 240, 241, 242, 243, 244, 245, 246, 247, 248, 249, 250, 251, 252, 253, 254, 255, 256, 257, 258, 259, 260, 261, 262, 263, 264, 265, 266, 267, 268, 269, 270, 271, 272, 273, 274, 275, 276, 277, 278, 279, 280, 281, 282, 283, 284, 285, 286, 287, 288, 289, 290, 291, 292, 293, 294, 295, 296, 297, 298, 299, 300, 301, 302, 303, 304, 305, 306, 307, 308, 309, 310, 311, 312, 313, 314, 315, 316, 317, 318, 319, 320, 321, 322, 323, 324, 325, 326, 327, 328, 329, 330, 331, 332, 333, 334, 335, 336, 337, 338, 339, 340, 341, 342, 343, 344, 345, 346, 347, 348, 349, 350, 351, 352, 353, 354, 355, 356, 357, 358, 359, 360, 361, 362, 363, 364, 365, 366, 367, 368, 369, 370, 371, 372, 373, 374, 375, 376, 377, 378, 379, 380, 381, 382, 383, 384, 385, 386, 387, 388, 389, 390, 391, 392, 393, 394, 395, 396, 397, 398, 399, 400, 401, 402, 403, 404, 405, 406, 407, 408, 409, 410, 411, 412, 413, 414, 415, 416, 417, 418, 419, 420, 421, 422, 423, 424, 425, 426, 427, 428, 429, 430, 431, 432, 433, 434, 435, 436, 437, 438, 439, 440, 441, 442, 443, 444, 445, 446, 447, 448, 449, 450, 451, 452, 453, 454, 455, 456, 457, 458, 459, 460, 461, 462, 463, 464, 465, 466, 467, 468, 469, 470, 471, 472, 473, 474, 475, 476, 477, 478, 479, 480, 481, 482, 483, 484, 485, 486, 487, 488, 489, 490, 491, 492, 493, 494, 495, 496, 497, 498, 499, 500, 501, 502, 503, 504, 505, 506, 507, 508, 509, 510, 511, 512, 513, 514, 515, 516, 517, 518, 519, 520, 521, 522, 523, 524, 525, 526, 527, 528, 529, 530, 531, 532, 533, 534, 535, 536, 537, 538, 539, 540, 541, 542, 543, 544, 545, 546, 547, 548, 549, 550, 551, 552, 553, 554, 555, 556, 557, 558, 559, 560, 561, 562, 563, 564, 565, 566, 567, 568, 569, 570, 571, 572, 573, 574, 575, 576, 577, 578, 579, 580, 581, 582, 583, 584, 585, 586, 587, 588, 589, 590, 591, 592, 593, 594, 595, 596, 597, 598, 599, 600, 601, 602, 603, 604, 605, 606, 607, 608, 609, 610, 611, 612, 613, 614, 615, 616, 617, 618, 619, 620, 621, 622, 623, 624, 625, 626, 627, 628, 629, 630, 631, 632, 633, 634, 635, 636, 637, 638, 639, 640, 641, 642, 643, 644, 645, 646, 647, 648, 649, 650, 651, 652, 653, 654, 655, 656, 657, 658, 659, 660, 661, 662, 663, 664, 665, 666, 667, 668, 669, 670, 671, 672, 673, 674, 675, 676, 677, 678, 679, 680, 681, 682, 683, 684, 685, 686, 687, 688, 689, 690, 691, 692, 693, 694, 695, 696, 697, 698, 699, 700, 701, 702, 703, 704, 705, 706, 707, 708, 709, 710, 711, 712, 713, 714, 715, 716, 717, 718, 719, 720, 721, 722, 723, 724, 725, 726, 727, 728, 729, 730, 731, 732, 733, 734, 735, 736, 737, 738, 739, 740, 741, 742, 743, 744, 745, 746, 747, 748, 749, 750, 751, 752, 753, 754, 755, 756, 757, 758, 759, 760, 761, 762, 763, 764, 765, 766, 767, 768, 769, 770, 771, 772, 773, 774, 775, 776, 777, 778, 779, 780, 781, 782, 783, 784, 785, 786, 787, 788, 789, 790, 791, 792, 793, 794, 795, 796, 797, 798, 799, 800, 801, 802, 803, 804, 805, 806, 807, 808, 809, 810, 811, 812, 813, 814, 815, 816, 817, 818, 819, 820, 821, 822, 823, 824, 825, 826, 827, 828, 829, 830, 831, 832, 833, 834, 835, 836, 837, 838, 839, 84

interplay between the two

2021-2022-23-24-25-26-27-28-29-30-31-32-33-34-35-36-37-38-39-40-41-42-43-44-45-46-47-48-49-50-51-52-53-54-55-56-57-58-59-60-61-62-63-64-65-66-67-68-69-70-71-72-73-74-75-76-77-78-79-80-81-82-83-84-85-86-87-88-89-90-91-92-93-94-95-96-97-98-99-100-101-102-103-104-105-106-107-108-109-110-111-112-113-114-115-116-117-118-119-120-121-122-123-124-125-126-127-128-129-130-131-132-133-134-135-136-137-138-139-140-141-142-143-144-145-146-147-148-149-150-151-152-153-154-155-156-157-158-159-160-161-162-163-164-165-166-167-168-169-170-171-172-173-174-175-176-177-178-179-180-181-182-183-184-185-186-187-188-189-190-191-192-193-194-195-196-197-198-199-200-201-202-203-204-205-206-207-208-209-210-211-212-213-214-215-216-217-218-219-220-221-222-223-224-225-226-227-228-229-230-231-232-233-234-235-236-237-238-239-240-241-242-243-244-245-246-247-248-249-250-251-252-253-254-255-256-257-258-259-260-261-262-263-264-265-266-267-268-269-270-271-272-273-274-275-276-277-278-279-280-281-282-283-284-285-286-287-288-289-290-291-292-293-294-295-296-297-298-299-300-301-302-303-304-305-306-307-308-309-310-311-312-313-314-315-316-317-318-319-320-321-322-323-324-325-326-327-328-329-330-331-332-333-334-335-336-337-338-339-340-341-342-343-344-345-346-347-348-349-350-351-352-353-354-355-356-357-358-359-360-361-362-363-364-365-366-367-368-369-370-371-372-373-374-375-376-377-378-379-380-381-382-383-384-385-386-387-388-389-390-391-392-393-394-395-396-397-398-399-400-401-402-403-404-405-406-407-408-409-410-411-412-413-414-415-416-417-418-419-420-421-422-423-424-425-426-427-428-429-430-431-432-433-434-435-436-437-438-439-440-441-442-443-444-445-446-447-448-449-450-451-452-453-454-455-456-457-458-459-460-461-462-463-464-465-466-467-468-469-470-471-472-473-474-475-476-477-478-479-480-481-482-483-484-485-486-487-488-489-490-491-492-493-494-495-496-497-498-499-500-501-502-503-504-505-506-507-508-509-510-511-512-513-514-515-516-517-518-519-520-521-522-523-524-525-526-527-528-529-530-531-532-533-534-535-536-537-538-539-540-541-542-543-544-545-546-547-548-549-550-551-552-553-554-555-556-557-558-559-560-561-562-563-564-565-566-567-568-569-570-571-572-573-574-575-576-577-578-579-580-581-582-583-584-585-586-587-588-589-590-591-592-593-594-595-596-597-598-599-600-601-602-603-604-605-606-607-608-609-610-611-612-613-614-615-616-617-618-619-620-621-622-623-624-625-626-627-628-629-630-631-632-633-634-635-636-637-638-639-640-641-642-643-644-645-646-647-648-649-650-651-652-653-654-655-656-657-658-659-660-661-662-663-664-665-666-667-668-669-670-671-672-673-674-675-676-677-678-679-680-681-682-683-684-685-686-687-688-689-690-691-692-693-694-695-696-697-698-699-700-701-702-703-704-705-706-707-708-709-710-711-712-713-714-715-716-717-718-719-720-721-722-723-724-725-726-727-728-729-730-731-732-733-734-735-736-737-738-739-740-741-742-743-744-745-746-747-748-749-750-751-752-753-754-755-756-757-758-759-760-761-762-763-764-765-766-767-768-769-770-771-772-773-774-775-776-777-778-779-780-781-782-783-784-785-786-787-788-789-790-791-792-793-794-795-796-797-798-799-800-801-802-803-804-805-806-807-808-809-810-811-812-813-814-815-816-817-818-819-820-821-822-823-824-825-826-827-828-829-830-831-832-833-834-835-836-837-838-839-840-841-842-843-844-845-846-847-848-849-850-851-852-853-854-855-856-857-858-859-860-861-862-863-864-865-866-867-868-869-870-871-872-873-874-875-876-877-878-879-880-881-882-883-884-885-886-887-888-889-890-891-892-893-894-895-896-897-898-899-900-901-902-903-904-905-906-907-908-909-910-911-912-913-914-915-916-917-918-919-920-921-922-923-924-925-926-927-928-929-930-931-932-933-934-935-936-937-938-939-940-941-942-943-944-945-946-947-948-949-950-951-952-953-954-955-956-957-958-959-960-961-962-963-964-965-966-967-968-969-970-971-972-973-974-975-976-977-978-979-980-981-982-983-984-985-986-987-988-989-990-991-992-993-994-995-996-997-998-999-1000-1001-1002-1003-1004-1005-1006-1007-1008-1009-1010-1011-1012-1013-1014-1015-1016-1017-1018-1019-1020-1021-1022-1023-1024-1025-1026-1027-1028-1029-1030-1031-1032-1033-1034-1035-1036-1037-1038-1039-1040-1041-1042-1043-1044-1045-1046-1047-1048-1049-105

~~_____~~

PHYSICIAN'S CLINICAL: _____

1645

V. M. B. B. B.

500 Vistas. 9 de Março de 2013. Hora 14h

1

CRM_1

Assinatura/Carimbo do Médico Assistente

Autorização de Transferência para Hospital de Retenção

CRM: _____

Assinatura/carimbo do Médico Regulador _____

208-2

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



DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: 12/07/2019 DN: 01/01/1991

PACIENTE: RINALDO ANDRADE DUARTE

AGNOSTICAR: FRACTURA DE FEMUR DISTAL D

ALERTAS: HAS SIM DM2
IDADE: 28 SEXO: M DATA: 10/08/2019

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORARIO: _____

1. TELA ORAL ZERO CIRURGIA HJ A TARDE *Algo de 12h* *Cur*

2. LIDOLOFAMIDA 10MG EV 8/8H SN *SN*

3. DILTIDA 50MG EV 07/41 GOTAS VO DE 6/8H 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

6. SRV 1 COGO 6/6H *18/24*

7. TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN *18/24*

8. CLOPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA *18/24*

9. CURATIVO DIÁRIO *Rozimar*

10. CLOXACE 40MG VO 1X AO DIA *18/24*

11. _____

12. _____

13. _____

14. _____

15. _____

16. _____

17. _____

18. _____

19. _____

20. _____

21. _____

22. _____

23. _____

24. _____

25. _____

26. _____

27. _____

28. _____

29. _____

30. _____

31. _____

32. _____

33. _____

34. _____

35. _____

36. _____

37. _____

38. _____

39. _____

40. _____

41. _____

42. _____

43. _____

44. _____

EVOLUÇÃO MEDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, 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 DE 8,1 HB DO DIA 7/8: 10,1
EXAME FÍSICO: DPE, ACIANOTICO, ANICÉRICO, AFEBRIL, LIMPHECO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSO PERIFÉRICOS PALPÁVELS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSTIBIAL.

SOLICITADO: # CONDUTA:

PROCLAMADO DO CIRURGIA:

SINAPSE: VITAS: _____

PREVISÃO: ALTA SEM PREVISÃO

6 H PA FC FR

12 H 32/17/41 68 — 35,8°C

18 H 32/15/38 69 — 36,5°C

24 H 32/14/31 74 — 37,0°C

Dr. Augusto Cavalcante

CRM-RR 1964

Residente de Ortopedia e

Traumatologia

Dr. Jonathan C. Alves
Ortopedia e Traumatologia
CRM-RR 1759 POST 1427

fora colo colo SVP.

6h: 00h

PA: 152 x 81 mmHg

FC: 73 bpm

TM: 36,5

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em
Tratamento de Feridas –
HGR

Protocolo n.º 1
Paciente: Residencial
Leito: 208-2

Versão: 08

Elaborada: 02/2013
Data: 30/08/19.

Atualizada: 12/2018

| | | | | | | |
|--|---|--|---|--|--|---------------|
| Localização | | | Região: <u>M.I.D.</u> | | | Região: _____ |
| Fotografia | <input type="checkbox"/> I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> VII <input type="checkbox"/> VIII <input type="checkbox"/> IX <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Trauma: <input checked="" type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input checked="" type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Grau: I <input checked="" type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> VII <input type="checkbox"/> VIII <input type="checkbox"/> IX <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Grau: I <input type="checkbox"/> II <input type="checkbox"/> III <input type="checkbox"/> IV <input type="checkbox"/> V <input type="checkbox"/> VI <input type="checkbox"/> VII <input type="checkbox"/> VIII <input type="checkbox"/> IX <input type="checkbox"/> X <input type="checkbox"/> Trauma: <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Cirurgia <input type="checkbox"/> DM <input type="checkbox"/> Vascular <input type="checkbox"/> Fixador Externo <input type="checkbox"/> ortopedia <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Aparência do tecido Periférico | <input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Neira <input type="checkbox"/> Esfacelo <input checked="" type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Humal <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Jeca <input type="checkbox"/> Mieloma / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Neira <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Mieloma <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Jeca <input type="checkbox"/> Mieloma / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Necrose Amarela/Neira <input type="checkbox"/> Esfacelo <input type="checkbox"/> Granulação <input type="checkbox"/> Epitelização <input type="checkbox"/> Ferida fechada <input type="checkbox"/> Dreno/Sonda <input type="checkbox"/> Outros: _____ <input type="checkbox"/> Mieloma <input type="checkbox"/> Macerado <input type="checkbox"/> Jeca <input type="checkbox"/> Mieloma / Rubor <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Tipo de Exsudato | <input type="checkbox"/> Purulento <input checked="" type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Purulento <input type="checkbox"/> Seroso <input type="checkbox"/> Sanguinolento <input type="checkbox"/> Serososanguíneo <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Quantidade de Lesão | <input type="checkbox"/> Molhado <input checked="" type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Molhado <input type="checkbox"/> Úmido <input type="checkbox"/> Seco <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Solução de limpeza | <input checked="" type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input checked="" type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Soro Fisiológico 0,9% <input type="checkbox"/> Clorexidina 2% <input type="checkbox"/> Álcool 70% <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Cobertura tópica | <input checked="" type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input checked="" type="checkbox"/> Outro: <u>Alga</u> | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____ | | <input type="checkbox"/> Gaze <input type="checkbox"/> Colagenase/Fibrinase <input type="checkbox"/> Sulfadiazina de Prata <input type="checkbox"/> Hidrogel <input type="checkbox"/> Outro: _____ | |
| Técnica | <input type="checkbox"/> Jato <input checked="" type="checkbox"/> Mergulho <input type="checkbox"/> Jato <input type="checkbox"/> Jato <input type="checkbox"/> Jato | | <input type="checkbox"/> Jato <input type="checkbox"/> Mergulho <input type="checkbox"/> Jato <input type="checkbox"/> Jato <input type="checkbox"/> Jato | | <input type="checkbox"/> Jato <input type="checkbox"/> Mergulho <input type="checkbox"/> Jato <input type="checkbox"/> Jato <input type="checkbox"/> Jato | |
| Profissional que realizou procedimento | <u>Deiseleide Dantas</u> <u>Enfermeira</u> | | <u>Deiseleide Dantas</u> <u>Enfermeira</u> | | <u>Deiseleide Dantas</u> <u>Enfermeira</u> | |
| 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 | | | | |
| AGNOST: EX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D | | | | |
| IDADE | 28 | LEITO | 208-2 | DATA |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| 1 | DIETA ORAL LIVRE | | | 5h |
| 2 | MEFLOXACILAMIDA 150MG EV 8/8H SN | | | 5h |
| 3 | LUPRONA 500MG EV OU 40 GOTAS VO DE 8/8H SN | | | 20h 15 |
| 4 | TRAMAL 100MG + 370,9% 100ML EV DE 8/8H 35 POR INTENSA | | | 20h 15 |
| 5 | CAPTOPRIL 25mg VO SE PAS > 165 E OU PAD > 110 MMHG | | | 20h 15 |
| 6 | SSVV + COGG 8/8 H | | | 20h 15 |
| 7 | TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN | | | 20h 15 |
| 8 | CIMEFRAZOL 40MG VO 1X AO DIA | | | 20h 15 |
| 9 | CURATIVO DIARIO | | | 20h 15 |
| 10 | OLEXANE 40MG 8/8 1X AO DIA | | | 20h 15 |
| 11 | | | | 20h 15 |
| 12 | | | | 20h 15 |
| 13 | | | | 20h 15 |
| 14 | | | | 20h 15 |
| 15 | | | | 20h 15 |
| 16 | | | | 20h 15 |
| 17 | | | | 20h 15 |
| 18 | | | | 20h 15 |
| 19 | | | | 20h 15 |
| 20 | | | | 20h 15 |
| 21 | | | | 20h 15 |
| SE DIABÉTICO: CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC). CONFORME O ESQUEMA: 200-250: 2UR; 251-300: 4UR; 301-350: 6UR; 351-400: 8UR; >400: 10 UR E OU GLICOSE < 70 DL/ML, GLICOSE 80% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | | |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RENOVADO PACIENTE COLADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, DIA DIA 26, 7/19 RE VITADA 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
EXAMES (SICO): BEG. ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEBRIL, EUPNEICO, MIFOCCOPADO, HÍDRATADO, FL. SÓS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRAÇÃO TRANSFUSIONAL.

RE SOLICITADO: # CONDUZIR.

PROGRAMAÇÃO DE CIRURGIA

| 6 H | PA | FC | FR | |
|------|-------|----|----|-------|
| 12 H | | | | |
| 18 H | | | | |
| 24 H | 61/55 | 72 | - | 36,5% |

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

Colar de suporte a medula da
Tórax e Lombar
PA 28/06/90
P 166
T 230.873

Dr. Eudes Soares
Médico e Traumatologista
CRM-RR 1964

208-2

55787676, 4004 AGRICULTURA DE ENFERMAGEM - 810005 AGRICULTURA

[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 | FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL D | | | |
| ALERGIAS | HAS | 31M | DM2 | |
| IDADE | 28 | LEITO | 208-2 | DATA |
| ITEM | PRESCRIÇÃO | | | HORÁRIO |
| | DIETA ORAL LEVE | | | SN |
| 1 | KETOCLOPRIMIDA 10MG EV 8/8H SN | | | SN |
| 2 | DIPYROMA 10MG EV OU 40 GOTAS VO DE 6/6H SN | | | SN |
| 3 | TRAMAL 100MG - SFO, 9% 100ML EV DE 8/8H SFO POR INTENSA | | | SN |
| 4 | CARTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 180 E OU PAD > 110 MMHG | | | SN |
| 11 | SSVV + 2000 R/H | | | SN |
| 12 | TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN | | | SN |
| 13 | OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA | | | SN |
| 14 | CURATIVO DIÁRIO | | | SN |
| 15 | CLIFRANE 40MG SC 1X AO DIA | | | SN |
| 16 | | | | SN |
| 17 | | | | SN |
| 18 | | | | SN |
| 19 | | | | SN |
| 20 | SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC) CONFORME ESCALA: 200-250: 2UI, 251-300: 4UI, 301-350: 6UI, 351-400: 8UI, > 400: 10 UI E OU GLICOSE > 70 DI/MIL GLICOSE 50% 40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA | | | SN |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

RECORRER O PACIENTE DEITADO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIMAS ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACEITA BEM A DIETA, DIA DIA 20/07 REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB ELICONTROVA-SE DE 5.7. APÓS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 7/8 10.1
EXAME FÍSICO: BEG, ACIANÓTICO, ANICTÉRICO, AFEFRILO, EUPNEICO, HIPOCORADO, HIDRATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRACÇÃO TRANSTIBIAL.

A SOLICITADO: 1 CONDUTA:

| PREVISÃO DE CIRURGIA: | | | | |
|-----------------------|--------|----|----|------|
| 6 H | PA | FC | FR | |
| 12 H | 120/80 | 80 | 20 | 25.5 |
| 18 H | 120/80 | 80 | 20 | 25.5 |
| 24 H | 120/80 | 80 | 20 | 25.5 |

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

62-128179

REGALIA

2015

 $\vec{O}\vec{Z}$

1. *Chlorophyll a* (Chl *a*)

CONTROLLED BY THE DIRECTOR, NATIONAL DEFENSE UNIVERSITY





Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HGR

Paciente:

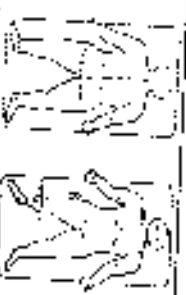
Reginaldo Aparecido

Dante

Leito: 208-2

Data: 12/10/2019

Localização



Região:

M1.1.2



Região:

Enfermagem

☐ LEPTOTIL IV 9* ☐ Queimadura de Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma ☐ Traço ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia

☐ LEPTOTIL IV 9* ☐ Queimadura de Cirurgia ☐ DM ☐ Vascular
☐ Trauma ☐ Traço ☐ Fixador Externo ☐ Ortopedia

Apresentação

☐ Neisseria Amarela/Negra ☐ Eritema ☐ Granulato ☐ Epitelização
☐ Ferida fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros

☐ Neisseria Amarela/Negra ☐ Eritema ☐ Granulato ☐ Epitelização
☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros

Fórmula Prescrita

☐ Curio ☐ Macerado ☐ Seda ☐ Perfume / Rubor

☐ Neisseria Amarela/Negra ☐ Eritema ☐ Granulato ☐ Epitelização
☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros

Tipo de Ferimento

☐ Escoriação ☐ Setoso ☐ Escoriação ☐ Soro sanguinolento ☐ Soro

☐ Neisseria Amarela/Negra ☐ Eritema ☐ Granulato ☐ Epitelização
☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros

Características

☐ Molhada ☐ Úmida ☐ Seca

☐ Neisseria Amarela/Negra ☐ Eritema ☐ Granulato ☐ Epitelização
☐ Ferida Fechada ☐ Dreno/Sonda ☐ Outros

Tratamento

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clotrimazol 2% ☐ Alcool 70%

☐ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Clotrimazol 2% ☐ Alcool 70%

Cobertura

☐ Curio ☐ Colágeno e Fibriase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel

☐ Curio ☐ Colágeno e Fibriase ☐ Sulfadiazina de Prata ☐ Hidrogel

Itens

☐ 11212 ☐ 48/48h

☐ 11212 ☐ 48/48h

Observações que

☐ 11212 ☐ 48/48h

procedimento

☐ 11212 ☐ 48/48h

Observações

☐ 11212 ☐ 48/48h

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



PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DE ADMISSÃO

DN

13/07/2019

DN

01/01/1991

PACIENTE REGINALDO ANDRADE DUARTE

MONOSTIPLX EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALONGIAS

LOAD

28

HAS

SIM

DM2

ITEM

LEITO

208-2

DATA

13/08/2019

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

DIETA ORAL LIVRE

NETOCLOFRANIDA 10MG EV 8/8H S/N

DIPIRONA 500MG EV QD 43 GOTAS VO DE 8/8H S/N

TRAMAL 100MG + SF0.9% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA

ICAPICFRM 25 MG VO SC PAR > 180 F OU PAD > 110 MMHG

ISSVY + CUCG 9/5 P

TRAMAL 100MG VO DE 8/8H S/N

OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA

CURATIVO DIÁRIO

CLEFAXAN 40MG SC 1X AO DIA

17

18

19

20

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200-750-20U; 251-500-40U; 501-750-60U;
751-1000-80U; 1001-1500-100U. 10 UI E GLUCOSE > 73 U/mL GLUCOSE 50%
40 ML EV + AVISAR PLANTONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

ENCONTRO PACIENTE DEitado NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEIXAS
ALGICAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. ACUTA SEM A DISTA DIA DIA 25/7/19
REALIZADA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB
ENCONTRAVA SE DE 5 / . APOS TRANSFUSÃO HB DE 8.1 HB DO DIA 7/8: 10.1
GLUCOSE 50%, BFG, ACIDOTICO, ANICÉRICO, AFEBRIL, LIMPÍDICO, HIPOCORADO,
HIPOTÁICO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRACÇÃO TRANSTIBIAL.

EVOLUÇÃO: A CONDUTA:

PRESCRIÇÃO DE CIRURGIA:

SEMPRE EM ALTA SEM PREVENÇÃO

6 H PA FC FR

12 H 24x30 73 20

18 H 23x61 75 36

24 H 23x61 75 26

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

FORMULÁRIO DE REGISTRO DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

Nome: Reginaldo Antônio Duarte Data: 20/08 Ano: 1 Curso: 1 Turma: 1

Endereço: Av. ... Cidade: ... Estado: ...

Professores: ... Data: ...

| ATIVIDADE DE REGISTRO DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA | | | ATIVIDADE DE REGISTRO DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA | | |
|--|---------------|----------|--|----------------|-----------|
| 1. Nome | 2. Sobrenome | 3. Data | 4. Nome | 5. Sobrenome | 6. Data |
| 7. Nome | 8. Sobrenome | 9. Data | 10. Nome | 11. Sobrenome | 12. Data |
| 13. Nome | 14. Sobrenome | 15. Data | 16. Nome | 17. Sobrenome | 18. Data |
| 19. Nome | 20. Sobrenome | 21. Data | 22. Nome | 23. Sobrenome | 24. Data |
| 25. Nome | 26. Sobrenome | 27. Data | 28. Nome | 29. Sobrenome | 30. Data |
| 31. Nome | 32. Sobrenome | 33. Data | 34. Nome | 35. Sobrenome | 36. Data |
| 37. Nome | 38. Sobrenome | 39. Data | 40. Nome | 41. Sobrenome | 42. Data |
| 43. Nome | 44. Sobrenome | 45. Data | 46. Nome | 47. Sobrenome | 48. Data |
| 49. Nome | 50. Sobrenome | 51. Data | 52. Nome | 53. Sobrenome | 54. Data |
| 55. Nome | 56. Sobrenome | 57. Data | 58. Nome | 59. Sobrenome | 60. Data |
| 61. Nome | 62. Sobrenome | 63. Data | 64. Nome | 65. Sobrenome | 66. Data |
| 67. Nome | 68. Sobrenome | 69. Data | 70. Nome | 71. Sobrenome | 72. Data |
| 73. Nome | 74. Sobrenome | 75. Data | 76. Nome | 77. Sobrenome | 78. Data |
| 79. Nome | 80. Sobrenome | 81. Data | 82. Nome | 83. Sobrenome | 84. Data |
| 85. Nome | 86. Sobrenome | 87. Data | 88. Nome | 89. Sobrenome | 90. Data |
| 91. Nome | 92. Sobrenome | 93. Data | 94. Nome | 95. Sobrenome | 96. Data |
| 97. Nome | 98. Sobrenome | 99. Data | 100. Nome | 101. Sobrenome | 102. Data |

ATIVIDADE DE REGISTRO DE ATIVIDADES DE EDUCAÇÃO CONTINUADA

Nome: Reginaldo Antônio Duarte Data: 20/08 Ano: 1 Curso: 1 Turma: 1

Endereço: Av. ... Cidade: ... Estado: ...

Professores: ... Data: ...

Nome: Reginaldo Antônio Duarte Data: 20/08 Ano: 1 Curso: 1 Turma: 1

Endereço: Av. ... Cidade: ... Estado: ...

Professores: ... Data: ...

Nome: Reginaldo Antônio Duarte Data: 20/08 Ano: 1 Curso: 1 Turma: 1

Endereço: Av. ... Cidade: ... Estado: ...

Professores: ... Data: ...

Nome: Reginaldo Antônio Duarte Data: 20/08 Ano: 1 Curso: 1 Turma: 1

Endereço: Av. ... Cidade: ... Estado: ...

Professores: ... Data: ...



Unidade de Imagem em

Procedimento de Realização

paciente

Realizado

Andrade

Durante

13/08/2019

Ampliação 12/2013

Tratamento de Realização

paciente

Realizado

Andrade

Durante

13/08/2019

Ampliação 12/2013

Realizado

Andrade

Durante

13/08/2019

Ampliação 12/2013

Ampliação 12/2013

Ampliação 12/2013

Realizado

paciente

Realizado

Andrade

Durante

13/08/2019

Ampliação 12/2013

Ampliação 12/2013

Realizado

paciente

Realizado

Andrade

Durante

13/08/2019

Ampliação 12/2013

Ampliação 12/2013

Realizado

paciente

Realizado

Andrade

Durante

13/08/2019

Ampliação 12/2013

Ampliação 12/2013

Realizado

paciente

Realizado

Andrade

Durante

13/08/2019

Ampliação 12/2013

Ampliação 12/2013

Realizado

paciente

Realizado

Andrade

Durante

13/08/2019

Ampliação 12/2013

Ampliação 12/2013

Realizado

paciente

Realizado

Andrade

Durante

13/08/2019

Ampliação 12/2013

Ampliação 12/2013

Realizado

paciente

Realizado

Andrade

Durante

13/08/2019

Ampliação 12/2013

Ampliação 12/2013

Realizado

paciente

Realizado

Andrade

Durante

13/08/2019

Ampliação 12/2013

Ampliação 12/2013

Realizado

paciente

Realizado

Andrade

Durante

13/08/2019

Ampliação 12/2013

Ampliação 12/2013

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



DATA DE ADMISSÃO: 01/07/2019
NOME: REGINALDO ANDRADE DUARTE
DIAGNÓSTICO: EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D

ALTO: 1,70m
IDADE: 28
SEXO: M
HISTÓRIA: 208
DATA: 01/07/2019

PRESCRIÇÃO: 100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

100mg VO LIVRE
HÓRARIO: 8h

EVOLUÇÃO MÉDICA

EM CONDIÇÃO FACILITADA, DATADO NO LITO, AIMO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM
QUILIBRAÇÃO DAS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ACERCA DA MANEIRA DIA DIA
DE 20/07/2019, TRANSFERÊNCIA DE 2 CONDIÇÕES DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HIB
TACORRABAS DE 5,7 APÓS TRANSFUSÃO DE 8,1 HEMÓCITOS DIA 22/07/2019
DE 5,7 HEMÓCITOS DIA 23/07/2019, ANTI-ACIDÓTICO, AFERIR, QUÍMICO, IPOCORRADO,
HIBRATADO, PULSOS PURIFICADOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRACÇÃO TRANSTIBIAL.

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

EXAME FÍSICO

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

130/70 67

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



DATA DE ADMISSÃO: 19/07/2019 DN: 01/07/1991
PACIENTE: RINALDO ANDRADE DUARTE

DIAGNÓSTICO: FRATURA EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL D

ALERGIAS: _____
IDADE: 23 ANOS SEXO: M LEITO: 208-2 DATA: 15/08/2019
NOME: _____

| | PRESCRIÇÃO | HORÁRIO |
|----|---|---------|
| 1 | CLINDAMICINA 300MG IV 6/8H SN | SC |
| 2 | IBUPROFEN 400MG PO 6/8H SN | SC |
| 3 | PARAL 100MG + 8% 100ML IV DE 8/8H SN | SC |
| 4 | CAPTOPRIL 25 mg VO SE PAS > 160 L OU PAD > 110 MMHG | SC |
| 5 | SEMP + COGG 8/8H | SC |
| 6 | PARAL 100MG VO DE 8/8H SN | SC |
| 7 | CELESTAZOL 40MG VO 1X AO DIA | SC |
| 8 | CURATIVO DIÁRIO | SC |
| 9 | CLEKANE 40MG SC 1X AO DIA | SC |
| 10 | | |
| 11 | | |
| 12 | | |
| 13 | | |
| 14 | | |
| 15 | | |
| 16 | | |
| 17 | | |
| 18 | | |
| 19 | | |
| 20 | | |
| 21 | | |
| 22 | | |
| 23 | | |
| 24 | | |
| 25 | | |
| 26 | | |
| 27 | | |
| 28 | | |
| 29 | | |
| 30 | | |

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC)
CONFORME ESQUEMA: 200-250, 200, 200-300, 400, 300-350, 500
250-400, 800 > 400, 40 UI E OU GLICOSE < 70 DM/L GLICOSE 50%
40 ML IV + 40 BAS PLAN IONISTA

EVOLUÇÃO MÉDICA:

EM 19/07/19 PACIENTE ADMITIDO NO LEITO, ATIVO, RELATIVO, CONTACTUANTE, COM
QUEILÓDIA, GARGAS, FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS, ADEQUADA DIETA. DIA DIA
20/07/19 BIA 174 DA TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O HB
ENCONTRAVA SE DE 8.7. APÓS TRANSFUSÃO PR DE 8.1 HR DO DIA 7/8: 10.1
EFEXA, V.F. 1500, 3FC, ACIANÓTICO, ANCTÉRICO, AFESIL, EUPNEICO, PPOCCORADO,
MORATADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TIAÇÃO TRANSILIAL.

EM 20/07/19: CONDIÇÃO

EXAME DE LABORATÓRIO

| DATA | PA | FC | FR |
|------|--------|----|----|
| 12/8 | 130/70 | 76 | 18 |
| 18/8 | 130/70 | 74 | 18 |
| 24/8 | 110/60 | 74 | 18 |

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

CRP: 10.485.4
FC: 77
T: 36.0

Dr. Bruno Figueiredo das Santas
Ortopedia e Traumatologia
CRM/RR 1067 TEO 10488

Dr. Augusto SSO, médico
do Hospital Geral de Roraima,
identificado por assinatura
e rubrica.

Nome do paciente: Paulo Roberto de Almeida

Idade: 45

Sexo: Masculino

Profissão: Engenheiro

Nome:

Paulo Roberto de Almeida

Data: 15 / 08 / 19

Endereço:

Rua 15, nº 100

Cidade: São Paulo

Estado: SP

Cep: 01000-000

Profissão:

Engenheiro

Emprego: Proprietário

Tempo de serviço: 10 anos

Salário: R\$ 10.000,00

Estado Civil:

Casado

Nome da esposa: Maria da Silva

Nome dos filhos: João, Maria

Quantidade: 2

Religião:

Católica

Partido político: PPS

Partido de origem: PPS

Tempo de filiação: 10 anos

Profissão:

Engenheiro

Emprego: Proprietário

Tempo de serviço: 10 anos

Salário: R\$ 10.000,00

Estado Civil:

Casado

Nome da esposa: Maria da Silva

Nome dos filhos: João, Maria

Quantidade: 2

Religião:

Católica

Partido político: PPS

Partido de origem: PPS

Tempo de filiação: 10 anos

Profissão:

Engenheiro

Emprego: Proprietário

Tempo de serviço: 10 anos

Salário: R\$ 10.000,00

Estado Civil:

Casado

Nome da esposa: Maria da Silva

Nome dos filhos: João, Maria

Quantidade: 2

Religião:

Católica

Partido político: PPS

Partido de origem: PPS

Tempo de filiação: 10 anos

Profissão:

Engenheiro

Emprego: Proprietário

Tempo de serviço: 10 anos

Salário: R\$ 10.000,00

Estado Civil:

Casado

Nome da esposa: Maria da Silva

Nome dos filhos: João, Maria

Quantidade: 2

Religião:

Católica

Partido político: PPS

Partido de origem: PPS

Tempo de filiação: 10 anos

208-2

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



CLÍNICA ADM 3343, DDI 18/07/2019, DR 01/01/1991

PACIENTE: ALCIDES ANDRADE DUARTE
AGUOSTO EX EXPOZYTA DE FEMUR DISTAL D

ALERGIA: _____
RACE: _____ HAS: _____ SIM: _____ DIA2: _____
LEITO: 202-2 DATA: 17/08/2019

PRESCRIÇÃO

HORÁRIO

| | | |
|----|---|-----|
| 1 | DIET. COMPLETA | SWD |
| 2 | METIL. GLYXAL 10MG EV 8/8H SN | SW |
| 3 | DIET. COMPLETA EV 10/40 GOTAS VO DE 8/8H SN | SW |
| 4 | TRAMAL 100MG 500,5% 100ML EV DE 8/8H SE DOR INTENSA | SW |
| 5 | CARFENIL 25 MG VO SE PAD + 150 E OU PAD + 110 MG VO | |
| 6 | SSAV 7,000G 50,5% | |
| 7 | TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN | |
| 8 | COMPRIM. DIAPYR. VO 1X AO DIA | |
| 9 | DIET. COMPLETA | |
| 10 | DIET. COMPLETA | |
| 11 | DIET. COMPLETA | |
| 12 | DIET. COMPLETA | |
| 13 | DIET. COMPLETA | |
| 14 | DIET. COMPLETA | |
| 15 | DIET. COMPLETA | |
| 16 | DIET. COMPLETA | |
| 17 | DIET. COMPLETA | |
| 18 | DIET. COMPLETA | |

SE DIABÉTICO CORREÇÃO COM INSULINA REGULAR (SC).
CONTROLE GLICÊMICO: 200-250; 250-300; 300-400; 400-500; 500-600;
250-300; 300-400; 400-500; 500-600;
AC MILEV - CAUSAR PLANTONISIA.

EVOLUÇÃO MÉDICA:

46 ANOS DO PACIENTE, DELÍRADO NO LEITO, ATIVO, REATIVO, CONTACTUANTE, COM QUEM SE ENCONTRA AS FUNÇÕES FISIOLÓGICAS PRESERVADAS. ACUTA SEM A DIFERENÇA DIA 17/08/2019, TRANSFUSÃO DE 2 CONCENTRADOS DE HEMÁCIAS, NA OCASIÃO O Hb UNCONTRAVAS DE 8,1. APÓS TRANSFUSÃO Hb DA 8,1 Hb DO DIA 17/8. 10,0.
46 ANOS DO PACIENTE, ADAMÓTICO, ANICTÉRICO, AFFIRIL, LUPINICO, HIPOCORADO, INDEBILADO, PULSOS PERIFÉRICOS PALPÁVEIS, EM USO DE TRACÃO TRANSIBIA.

RESOLUÇÃO: # CONSULTA.

SINAIS VITAIS E CURVA

| 6 H | 12 H | 18 H | 24 H | FC | FR | T ₃₆ |
|-----|------|------|------|----|----|-----------------|
| 120 | 120 | 120 | 120 | 76 | - | 36,6 |
| 120 | 120 | 120 | 120 | 76 | - | 36,6 |

Dr. Augusto Covarrante
CRM RJ 1564
Residente de Ortopedia e
Traumatologia

Handwritten notes:
Ficou bem, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.
Ficou bem, sem dor, sem febre, sem vômito, sem diarreia, sem alteração de consciência.

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Protocolo nº 1

Versão: 48

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas -

HCR

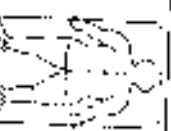
Paciente:

Reginaldo Duarte

Leito: 306-1

Data: 18/08/18

Localização



Região: MTO

Histologia

☐ IPR I II III IV V ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vasculite
☒ Trauma ☐ Fenda Estoma ☐ Infecção



Região:

Grau: I () II ()

Apresentação do

☐ Neurose Amarelada Aguda ☐ Hemorragia ☐ Granuloma ☐ Epitelização
☒ Ferida fechada ☐ Drenos / Sonda ☐ Outros

☐ IPR I II III IV V ☐ Queimadura ☐ Cirurgia ☐ DM ☐ Vasculite
☐ Trauma ☐ Fenda ☐ Fenda Estoma ☐ Infecção

Pele Periférica

☐ Normal ☐ Amarelado ☐ Seco ☐ Infecção / Ruído

Tipos de Exsudado

☐ Purulento ☐ Seroso ☐ Sanguinolento ☐ Sanguinolento ☒ Seco

Quantidade de Exsudado

☐ Muito ☐ Médio ☒ Pouco

Solução de

☒ Soro Fisiológico 0,9% ☐ Soro fisiológico 0,9% ☐ Alcool 70%

Cobertura primária

☒ Não ☐ Sim ☐ Sulfadiazina 10% ☐ Sulfadiazina 10% ☐ Outros

Proteção

☐ Não ☐ Sim ☐ Sulfadiazina 10% ☐ Sulfadiazina 10% ☐ Outros

Proteção que

☐ Não ☐ Sim ☐ Sulfadiazina 10% ☐ Sulfadiazina 10% ☐ Outros

Observações

☐ Não ☐ Sim ☐ Sulfadiazina 10% ☐ Sulfadiazina 10% ☐ Outros

Observações

☐ Não ☐ Sim ☐ Sulfadiazina 10% ☐ Sulfadiazina 10% ☐ Outros

1988

Nome
Endereço
Cidade

Matrícula
Idade

LAUDO PARA SOLICITAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO DE INTERNAÇÃO HOSPITALAR

1 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

2 - ENDEREÇO DO DOENTE (COMPLETO)

3 - SEXO

4 - IDADE

5 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

6 - NOME DO DOENTE

7 - NOME DO DOENTE

8 - NOME DO DOENTE

9 - DATA DO EXAME

10 - SEXO

11 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

12 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

13 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

14 - SEXO

15 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

16 - JUSTIFICATIVA DA INTERNAÇÃO

Dr. Carlos D. da Silva

17 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

Clara

18 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

Clara F. da Silva

19 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

20 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

21 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

22 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

23 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

24 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

25 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

26 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

27 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

28 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

29 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

30 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

31 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

32 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

33 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

34 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

35 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

36 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

37 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

38 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

39 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

40 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

41 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

42 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

43 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

44 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

45 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

46 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

47 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

48 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

49 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

50 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

51 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

52 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

53 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

54 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

55 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

56 - NOME DO DOENTE (COMPLETO)

0408050686

5724

5729

208



Belgian Congo
Belgium

1. *U. p. p.*

Table 2. *Continued*

23

FACTS AND PRINCIPLES

REDACTED REFERENCE

120 DE NI-KVFNZAC.

© 2013, FACHFEST 3

ΕΛΛΗΝΙΚΗ ΔΗΜΟΚΡΑΤΙΑ

2014年12月

21 AUG 1992

Y. XU ET AL.

ACRYLIC

$$\vdots$$

٢١٨.

0.1500

1º a. 2.º a. 3.º a.

HISTORICAL RECORDS OF THE

AN.51.53.6.2

Abstract

EL ATÓMO CLÁSICO

✓ 27 Apr + Anske

12. $\text{C}_2\text{H}_5\text{OH} + \text{CH}_3\text{COOH} \rightarrow \text{CH}_3\text{COOC}_2\text{H}_5 + \text{H}_2\text{O}$

B. T.
... ..

10. This is a fine old building, and
the old church, which is a fine
building. It is a fine building.

4-200 + note of pl. + book

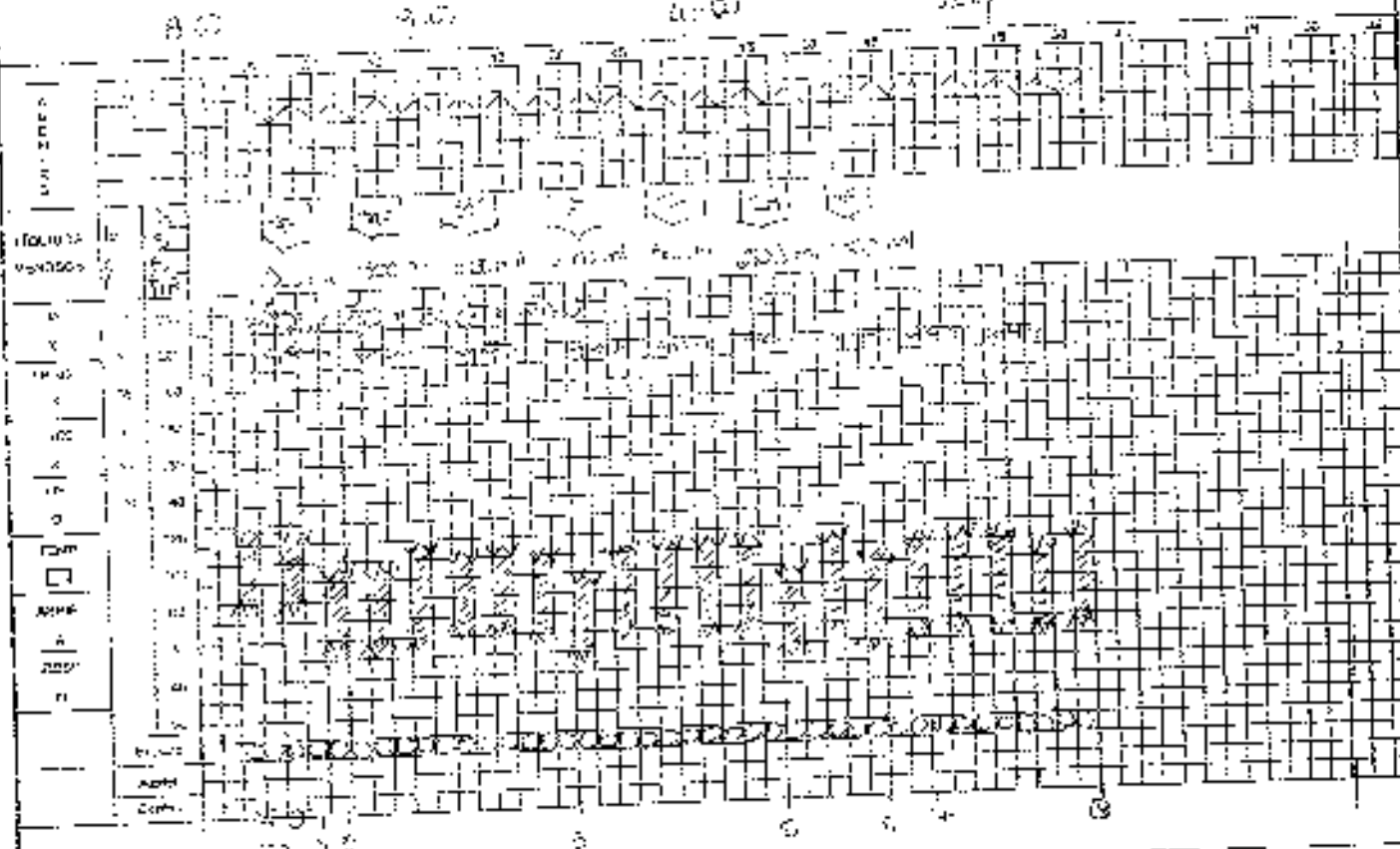
5. 2. 14

~~SECRET~~



RELATÓRIO DE ANESTESIA

Paciente: Roberto D. Gonçalves Data: 20.08.2019



1. Exatidão da anestesia (PA+FC)
 2. Exatidão da anestesia (PA+FC)
 3. Exatidão da anestesia (PA+FC)

4. Exatidão da anestesia (PA+FC)
 5. Exatidão da anestesia (PA+FC)
 6. Exatidão da anestesia (PA+FC)

7. Exatidão da anestesia (PA+FC)
 8. Exatidão da anestesia (PA+FC)
 9. Exatidão da anestesia (PA+FC)

10. Exatidão da anestesia (PA+FC)
 11. Exatidão da anestesia (PA+FC)
 12. Exatidão da anestesia (PA+FC)

13. Exatidão da anestesia (PA+FC)
 14. Exatidão da anestesia (PA+FC)
 15. Exatidão da anestesia (PA+FC)

TECNOLOGIA MATERIAI CONSUMIBILI IN CHIRURGIA

[illegible]

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

ANTES DE O PACIENTE SAIR DA SALA DE OPERAÇÕES

ANTES DA INCISÃO

ANEXO DA PROPOSTA 0059768004

Nome: Neuza de Fátima
 Endereço: Av. ...

Atividade:

Ende

DATA: 02/04/2009
 LOCAL: 02/04/2009
 NOME: 02/04/2009

ALMOÇO: ☒ () 13:30

COPIA DO ANESTESIOLOGIA E ENFERMEIRO
 (CONFERIR COM VERBAISMENTE)

☒ Anestesia após 20 minutos
 (Anestesia após 20 minutos)

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

DE ROTACIONAIS DE EQUIPES DE ENFERMEIROS
 OU DA EQUIPE MÉDICA CONJUNTA
 VERBAISMENTE COM A EQUIPE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

CONFERIR COM VERBAISMENTE

120-6

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

PACIENTE: EDUARDO LAMARCA DE OLIVEIRA
RAGNOS: 03/05/1974 DE SEXO: MASCULINO
ALÉRGICAS: NÃO
IDM/C: 23 LEITO: 120-8 DATA: 12/06/2019
ITAM: PRESCRIÇÃO

1. INSULINA GLICIL 100 U/ml
2. INSULINA GLICIL 100 U/ml EV 6/8H SIN
3. INSULINA GLICIL 100 U/ml EV OU 10 GOTAS VO DE 6/8H SIN
4. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
5. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
6. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
7. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
8. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
9. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
10. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
11. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
12. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
13. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
14. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
15. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
16. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
17. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA
18. PARACETOL 1000 MG + 470 MG 100ML EV DE 6/8H SE DOR INTENSA

[Handwritten signatures and stamps]
SUSPENSO

[Large handwritten signature]

EVOLUÇÃO MÉDICA

03/05/1974 1974/05/03

| SIN | PR | FC | FR |
|-----|-----|----|----|
| 6h | 120 | 85 | 20 |
| 12h | 120 | 85 | 20 |
| 18h | 120 | 85 | 20 |
| 24h | 120 | 85 | 20 |

em 12/06/2019, paciente em estado de saúde satisfatório, na rotina de cuidados de saúde.

[Handwritten signature]
Rafaela G. P. Mendes
Técnica de Enfermagem
CRM 14.152.030-12

[Handwritten signature]
Luciano A. L. L.
Téc. em Enfermagem
CRM 14.152.030-12

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

4/21/20:08

Released: 02/2013

Actualizada: 12/2018

Núcleo de Enfermagem em | **Protocolo n.º** _____

Tratamiento de Feridas - ...1. Paciente:

HCR

Leilo: 120-0

Date: 29/07/2016

[illegible]

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em

Tratamento de Feridas

HGR

Protocolo n° 1

Versão: 08

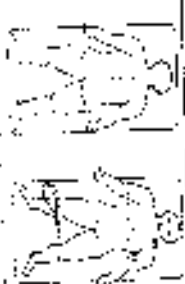

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Paciente: Rogério de Almeida Almeida

Data: 09/11/2019

1º dia: 12.02.20

| | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|
| Localização |  | Região: <u>MSD</u> |  | Região: <u>MSD</u> |
| Tipologia | <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Cirurgia | <input type="checkbox"/> Queimadura <input checked="" type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Cirurgia | <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Cirurgia | <input type="checkbox"/> Queimadura <input type="checkbox"/> Trauma <input type="checkbox"/> Cirurgia |
| Apresentação de ferimento | <input type="checkbox"/> Ferimento perfurante <input type="checkbox"/> Ferimento lacerante <input checked="" type="checkbox"/> Ferimento contuso <input type="checkbox"/> Ferimento cortante | <input type="checkbox"/> Ferimento perfurante <input type="checkbox"/> Ferimento lacerante <input checked="" type="checkbox"/> Ferimento contuso <input type="checkbox"/> Ferimento cortante | <input type="checkbox"/> Ferimento perfurante <input type="checkbox"/> Ferimento lacerante <input type="checkbox"/> Ferimento contuso <input type="checkbox"/> Ferimento cortante | <input type="checkbox"/> Ferimento perfurante <input type="checkbox"/> Ferimento lacerante <input type="checkbox"/> Ferimento contuso <input type="checkbox"/> Ferimento cortante |
| Perfil Perifoneal | <input type="checkbox"/> Circular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Linear | <input type="checkbox"/> Circular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Linear | <input type="checkbox"/> Circular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Linear | <input type="checkbox"/> Circular <input type="checkbox"/> Irregular <input type="checkbox"/> Linear |
| Tipo de Exsudato | <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Pus | <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Pus | <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Pus | <input type="checkbox"/> Nenhum <input type="checkbox"/> Soro <input type="checkbox"/> Sangue <input type="checkbox"/> Pus |
| Quantidade de Exsudato | <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Muito | <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Muito | <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Muito | <input type="checkbox"/> Pouco <input type="checkbox"/> Médio <input type="checkbox"/> Muito |
| Limpeza | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não | <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não |
| Medicação | <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Analgésico <input type="checkbox"/> Anticoagulante <input type="checkbox"/> Antifúngico <input type="checkbox"/> Antipéptico <input type="checkbox"/> Antiviral <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Analgésico <input type="checkbox"/> Anticoagulante <input type="checkbox"/> Antifúngico <input type="checkbox"/> Antipéptico <input type="checkbox"/> Antiviral <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Analgésico <input type="checkbox"/> Anticoagulante <input type="checkbox"/> Antifúngico <input type="checkbox"/> Antipéptico <input type="checkbox"/> Antiviral <input type="checkbox"/> Outros | <input type="checkbox"/> Antibiótico <input type="checkbox"/> Analgésico <input type="checkbox"/> Anticoagulante <input type="checkbox"/> Antifúngico <input type="checkbox"/> Antipéptico <input type="checkbox"/> Antiviral <input type="checkbox"/> Outros |
| Observações | Ferida com bordas irregulares, fundo vermelho, sem exsudato. Tratado com solução fisiológica e pomada antibiótica. | | | |

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

120-6

DATA DE ADMISSÃO: _____ DIH: ##### DN: #####

NOME: DR. REGINALDO ANDRADE DUARTE

AGNOCEXIA EXPOSTA DA FÊMUR DISTAL D

ALERGIA: _____ FAS: SIM LMI2: _____ DATA: 23/05/2019

IDADE: 23 LEITO: 120-6

ITEM: _____ PRESCRIÇÃO: _____ HORÁRIO: _____

1. DIFLORAN 150ML _____

2. METOPROLOLOL 150MG IV 8/8H SN _____

3. DIFERON 300MG IV 01-40 GOTAS VO DE 6/8H SN _____

4. TRAMAL 100MG + SOL 0.9% 100ML IV DE 8/8H SE DOR INTENSA _____

5. PARACETOL 250MG VO DE 6/8H > 100 E 200 PARACETOL 110 VIMING _____

6. SSN - DOGG 8/8H _____

7. TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN _____

8. CEFEPRAZOL 400MG VO 1X AO DIA _____

9. CURATIVO DIABETI _____

10. CLEXANE 400MG SC 1X AO DIA _____

11. CINDAMICINA 800MG IV DE 8/8H _____

12. CIPROFLOXACINO 400MG IV OU 500MG VO DE 12/24H _____

13. _____

14. _____

15. _____

16. _____

17. _____

18. _____

19. _____

20. _____

21. _____

22. _____

23. _____

24. _____

25. _____

26. _____

27. _____

28. _____

29. _____

30. _____

31. _____

32. _____

33. _____

34. _____

35. _____

36. _____

37. _____

EVOLUÇÃO MÉDICA:

SINAIS VITAIS

| EM | SA | FC | FR | T |
|------|-------|----|----|------|
| 6 H | 95/60 | 95 | 20 | 36.0 |
| 12 H | 95/60 | 95 | 20 | 36.0 |
| 18 H | 95/60 | 95 | 20 | 36.0 |
| 24 H | 95/60 | 95 | 20 | 36.0 |

13. Verificados SSN e administrados medicamentos.

120-6

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

| | | | | |
|---------------------------|---|-------|------|-----------------|
| DATA DE ADMISSÃO | | DIH | DI | 24/08/2019 |
| FACILITADO | | | | |
| AGNOSTICADA | | | | |
| EXPOSTA DE FÊMUR DISTAL D | | | | |
| ALFA | 143 | 814 | DM2 | DATA 24/08/2019 |
| IDADE | 24 | 100-8 | DATA | 24/08/2019 |
| TIPO | PRESCRIÇÃO | | | |
| 1 | FARMACIA 174 | | | |
| 2 | VITODOLIPIN 10MG EV 8/8H BN | | | |
| 3 | DIPRONA 500MG EV C/ 48 COLAS VO DE 8/8H | | | |
| 4 | FRANAL 100MG + 500MG 100ML EV DL 8/8H SF DO 3 INTENSA | | | |
| 5 | FRANAL 200MG VO DE 8/8H + 165 C/ 48 PAD + 110 MM IG | | | |
| 6 | FRANAL 200MG VO | | | |
| 7 | FRANAL 100MG VO DE 8/8H BN | | | |
| 8 | DIPRONA 400MG VO 1X AO DIA | | | |
| 9 | COMATIVO 500MG | | | |
| 10 | DIPRONA 400MG VO 1X AO DIA | | | |
| 11 | CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H | | | |
| 12 | DIPRONA 400MG EV OU 500MG VO DE 12/12H | | | |
| 13 | DIPRONA 200MG EV DE 12/12H | | | |
| 14 | | | | |

24/08

060

24/08
060

EVOLUÇÃO

10/08/2019 - Fôlego OK, não apresenta
sinais de desidratação, em 24 de
10/08/2019 - Fôlego OK, não apresenta
sinais de desidratação, em 24 de

BOA PRESENÇA DE RECUPERAÇÃO BEM DO PROCEDIMENTO CIRÚRGICO (2)

| SINAIS | PA | FC | FR |
|--------|--------|----|-------|
| 12h | 130/80 | 95 | 18/30 |
| 18h | 130/80 | 95 | |
| 24h | 130/80 | 95 | |

24/08
060

120-6

07/08/2019 - Paciente em estado crítico com
sinais de desidratação, em 24 de
07/08/2019 - Paciente em estado crítico com
sinais de desidratação, em 24 de

EVOLUÇÃO DO CURATIVO

Version: 08

JobbID: 0204113

Atunfizada: 12/2018



Núcleo de Enfermagem em | Protocolo n° 1

Instalamenti de Frigiditas

11GR

Paciente: ROSMARIO ANDRADE DUARTE

Reito: JMD-6

Date: 24/08/20

Localización

Keshián

2025

Conclusion

Case 1: $\sqrt{b} \geq 1$

Strain: 1000000

100

1
2
3
4

File Partition

Online:

Comp de Fixation

Organization

ix

Stefano

1. *Introduction*

21

1000

—

— 3 —

—

—

Chen, Y. and C. Chen

HOSPITAL GERAL DE BORAIMA
SECRETARIA DE SAÚDE DE BORAIMA
SEÇÃO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRIÇÃO MÉDICA

DATA DO EXAME: _____ DIN: _____ DO: _____
 PACIENTE: **RICARDO ANDRÉ DIARTE**
 AGNOSTION EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D
 ALERGIAS: _____
 IDADE: **23** SEXO: **M** DATA: **25/08/2019**
 NEM: _____

- | ITEM | PRESCRIÇÃO | HORARIO |
|------|---|------------|
| 1 | DIETAS ORAL LARF | SC-D |
| 2 | MEFLOCLORAMIDA 10MG EV 8/8/1 S/N | SN |
| 3 | CLORONA 500MG EV OU 40 COTAS VO DE 8/8H | 25/08/2019 |
| 4 | TRAMAL 100MG + SPC 0% 100ML EV DE 8/8H DE DOR INTENSA | SN |
| 5 | CARTOPKIL 25 MG VO EL PAS + 150 E OU PAS + 12 MYMO | SN |
| 6 | PARO - 1000G 8/8 H | SN |
| 7 | TRAMAL 100MG VO DE 8/8H SN | 25/08/2019 |
| 8 | OMEPRAZOL 40MG VO 1X AO DIA | 25/08/2019 |
| 9 | DIETAS ORAL LARF | 25/08/2019 |
| 10 | CLAXANE 10MG 500 X AO DIA | 25/08/2019 |
| 11 | CLINDAMICINA 600MG EV DE 6/6H | 25/08/2019 |
| 12 | CIPROFLOXACINO 400MG EV OU 600MG VO DE 12/12H | 25/08/2019 |
| 13 | VALIUM 20MG EV DE 12/12H | 25/08/2019 |
| 14 | fisioterapia manual em MIE JOELHO E PE | EST |

EVOLUÇÃO MÉDICA:

| SINAIS VITAIS | PA | FC | FR | Tem |
|---------------|--------|-----|----|------|
| 6 H | | | | |
| 12 H | 120/80 | 100 | 20 | 36,5 |
| 18 H | 110/70 | 90 | | 36,2 |
| 24 H | 110/70 | 90 | | |

Dr. Elder Soares
 Médico de Plantão Multiprofissional

HOSPITAL GERAL DE BORAIMA
 Av. 040 - B'nento Gomes, S/N
 Fone: 3333-1111 (08h) 3333-0000
 AUTENTICAÇÃO
 25 SET 2019
 Shalew
 Enfermeiro(a) de Plantão
 Ass. de Enfermagem Hospital
 Ass. de Enfermagem Hospital

Obs: O Dr. Ricardo Andriano, após a
exatidão da fisioterapia manual em MIE, após a

EVOLUÇÃO DO CURATIVO



Núcleo de Enfermagem em Pronto Socorro nº 1

Versão: 08

Elaborada: 02/2013

Atualizada: 12/2018

Tratamento de Feridas

Paciente

RGSP

Reginaldo Anderson Duarte

Leito

410-E

Data: 25/08/2024

Localização

Região

412D

Relatório

Tratamento

Região

412D

Apresentação

Associação Amarela (Associação de Feridas) - Associação de Feridas

Associação Amarela (Associação de Feridas) - Associação de Feridas

Exatidão

() Certo

() Certo

Qualidade

() Certo

() Certo

Exatidão

() Certo

() Certo

Exatidão

() Certo

() Certo

Exatidão

() Certo

() Certo

Exatidão

() Certo

() Certo

Exatidão

() Certo

() Certo

Exatidão

() Certo

() Certo

Exatidão

() Certo

() Certo

120-6

HOSPITAL GERAL DE NOBES MA
SECRETARIA DE SAUDE DE NOBES MA
SERVICO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
PRESCRICAO MEDICA

DATA DE ADMISSAO: _____ Dia: _____ Mes: _____ Ano: _____

PACIENTE: REGINALDO ANDRADE DUARTE
AGNOSTICADA: FX. EXPOSTA DE FEMUR DISTAL D.

IDADE: 38 ANOS SEXO: M CASADO: SIM DATA: 24/06/2019

| ITEM | PRESCRICAO | RECEITA |
|------|--|---------|
| 1 | ANTALGICO LIVRE | 500 |
| 2 | ANTIBIOTICO 1000MG EV 8/8H SA | 500 |
| 3 | DORONA 300MG PV OU 400MG VO DE 6/6H | 500 |
| 4 | GRAMINA 100MG + SFC 4% 100ML EV DE 6/6H SF DO INTENSIV | 500 |
| 5 | DIETOPEDIA 100MG VO SF PAS + 100F OU PAS + 100MMHC | 500 |
| 6 | DIETOPEDIA 100MG VO | 500 |
| 7 | TIAMINA 100MG VO DE 6/6H SA | 500 |
| 8 | CELEBRADO 40MG VO 1X AO DIA | 500 |
| 9 | CELEBRADO 40MG | 500 |
| 10 | CELEBRADO 40MG VO 1X AO DIA | 500 |
| 11 | CLINDAMICINA 600MG LV DE 6/6H | 500 |
| 12 | CIPROLOXACINA 400MG LV OU 500MG VO DE 12/12H | 500 |
| 13 | TIOGIL 20MG EV DE 12/12H | 500 |
| 14 | Insuficiencia renal em ME - JOELMO E PF | 500 |

24/06

NR3

24/06

22

20

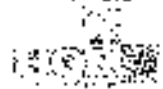
EVOLUCAO MEDICA:

paciente em internamento, com
fratura exposta de fêmur distal direito,
com fratura de 1/3 inferior, sem
deslocamento, sendo
que a fratura é fechada, sendo
realizado o fechamento da fratura

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

Dr. Reginaldo

20-b



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

RESUMO DE ALTA HOSPITALAR / HISS

PACIENTE JOÃO CARLOS LOPES DE OLIVEIRA ANOS, 45
DATA DE ENTRADA NO HOSPITAL GERAL DE RORAIMA NO DIA 10/12/2019 COM
DIAGNÓSTICO DE FRATURA de fêmur direito

NO DIA 10/12/2019 REALIZOU-SE TRATAMENTO CIRÚRGICO ORTOPÉDICO DE
FRATURA de fêmur direito SENDO

OPERADO POR DR. JOÃO CARLOS LOPES DE OLIVEIRA DR.

RECOLHIDA AO HOSPITAL NO DIA 10/12/2019 AS 14h EM
BOA SAÍDA GERAL SEM QUEIXAS ALGUMAS.

COM ENCAMINHAMENTO PARA O AMBULATÓRIO DE ORTOPEDIA NO HOSPITAL
OCORRÊNCIA NO DIA 10/12/2019 AS 14h COM O
DIAGNÓSTICO DE FRATURA de fêmur direito

ORDEM DE ALTA GERAL:

- 1- NÃO PODER REALIZAR CIRURGIA DE MEMBROS INFERIORES
- 2- TOMAR MEDICAÇÃO PRESCRITA PELA MÉDICA.
- 3- NÃO RETORNAR CARIAS E SUTURAS SEM INDICAÇÃO MÉDICA.
- 4- CASO NECESSÁRIO REALIZAR CURATIVO EM POSTO DE SAÚDE.
- 5- NÃO PERMITIR RETORNO AMBULATORIAL.
- 6- AGENDAR CONSULTA AMBULATORIAL REALIZAR RX COM 21(DIA) DE
POSTERIORIDADE, LEVAR RX ANTERIORES E ATUAL PARA A CONSULTA.

HOSPITAL GERAL DE RORAIMA
ESTADO DO ESTADO DE RORAIMA
SEÇÃO DE ORTOPEDIA E TRAUMATOLOGIA
20 SET 2019
Shirley
Coordenadora de Ortopedia e Traumatologia
Cirurgião Geral de Roraima

PACIENTE RECOLHIDO ALTA HOSPITALAR COM ORIENTAÇÃO DO DR. JOÃO CARLOS LOPES DE OLIVEIRA

6.02.2020 JOÃO CARLOS LOPES DE OLIVEIRA MÉDICO



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
SECRETARIA DE ESTADO DA SAÚDE

Receituário

NOME:

Luís Medeiros

O paciente, Rogério Adriel Pereira, vítima de acidente de moto (19/07/2019) com trauma distal de M1D e lesão cominativa do punho D: ferimento cirúrgico de emergência e fratura extensa e após cirurgia definitiva (28/8/2019) e recuperação com colocação de placa e parafusos.

Após consolidação e sutura da ferida do acidente, teve alta de emergência. Atualmente segue-se em tratamento com fisioterapia para recuperação da função do punho D.

Histórico de lesão cominativa do 113 mm de diâmetro do punho D e traço intra-articular no antebraço direito. Lesão total da junção superior do movimento do pulso D e incapacidade de deambulação com auxílio de bengala, necessitando de cuidados com M1D.

DATA:

22/11/2019

Carla Dinário de Oliveira
ASSINATURA Carla Dinário de Oliveira

TRABALHADOR

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

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



QUALIFICAÇÃO CIVIL - BRASILEIRO



REGINALDO ANDRADE DUARTE

FILIAÇÃO: RENATO DUARTE BEZERRA

EDINALVA ANDRADE DA SILVA

SEXO: MASCULINO

NASCIMENTO: 01/07/1991

ESTADO CIVIL: SOLTEIRO

NATURALIDADE: BOA VISTA - RR

DOCUMENTO: C. 1.3504573 17/08/2006 SESP RR

LEI Nº 9.049, DE 18 DE MAIO DE 1996

CPF: 015.002.742-75

TÍT. ELEITOR:

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

ZONA:

CNH:

SEÇÃO:

[Assinatura]

ASSINATURA DO SERVIDOR

ALTERAÇÃO DE IDENTIDADE

FILIAÇÃO

DATA DE NASC. DE / / PARA / /
DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

NOME

DOCUMENTO

ASSINATURA E CARIMBO DO SERVIDOR

LEGENDA

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



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.E-12 BOA VISTA-RR. | | |
| CPF | 294319382 - 13 | | |
| Assinatura do Diretor | | | |
| LEI N.º 7.116 DE 29/08/83 | | | |

REPUBLICA FEDERATIVA DO BRASIL
MINISTERIO DAS CIDADES

DETRAN - RR

Nº 013774675650

CERTIFICADO DE REGISTRO DE VEÍCULO

01

01169900861

45674614656

CLAUDILENE FERNANDES DOS SANTOS
R BRIS DO AR N MOURA
DR SILVIO BOTELHO Nº:435
BOA VISTA-RR 69314490

897.251.232-04

NAS6636

RORAIMA MOTORES LTDA

9C2KC2500KR003923

PAS/MOTOCICLET/NAO APLIC.

GASOLINA

HONDA/CG 160 START

2018

2019

2P/0162CC/

PARTICU

COR PREDOMINANTE
VERMELHA

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

BOA VISTA-RR

Antonio Francisco Beserra Marques
Diretor Presidente
DETRAN-RR

30/11/2018

RECIBO DE APRESENTAÇÃO DE DOCUMENTOS

Seguradora Líder dos
Consórcios do Seguro DPVAT
565528

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



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 OSTEOSÍNTESE 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, PERMANECER 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



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 OSTEOSÍNTESE 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, PERMANECER 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



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



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



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



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 |

**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 OSTEOSINTESE, 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) Nexô 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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

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

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

Região Corporal (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

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.



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

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

Carimbo com nome e CRM

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

**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 OSTEOSINTESE, 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) Nexa 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, §1º do art. 3º da Lei 6.194/74, modificado pelo art. 31º da Lei 11.945/2009 determine o dano corporal permanente e o quantifique correlacionando a melhor graduação e, em caso de danos parciais, o percentual que represente os prejuízos definitivos em cada segmento corporal acometido.

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

() "Vítima em tratamento"

Esta avaliação médica deve ser repetida em ___ dias.

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

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

Região Corporal (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

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.



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

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

Carimbo com nome e CRM

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

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

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



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

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



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



Escolha o(s) tipo(s) de cobertura:



DAMS (DESPESAS DE ASSISTÊNCIA MÉDICA E SUPLEMENTARES)



INVALIDEZ PERMANENTE



MORTE

2 - Nº do sinistro ou ASI:

3190688912

3 - CPF da vítima:

01500274275

4 - Nome completo da vítima:

REGINANDO ANDRADE DUARTE

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

5 - Nome completo:

REGINANDO ANDRADE DUARTE

6 - CPF:

01500274275

7 - Profissão:

AUTÔNOMO

8 - Endereço:

R: BRIGADO AR NERO MOURA

9 - Número:

435

10 - Complemento:

11 - Bairro:

SIMÃO BOTELHO

12 - Cidade:

BOA VISTA

13 - Estado:

RR

14 - CEP:

69314490

15 - E-mail:

LUANNA.SOUZAA71@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

☐ R\$1.00 A R\$1.000,00

☐ R\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00

☐ SEM RENDA

☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00

☐ ACIMA DE R\$5.000,00

21 - DADOS BANCÁRIOS:



BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO



REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO (PAIS, CURADOR/TUTOR)

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

☐ Bradesco (237)

☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001)

☒ Caixa Econômica Federal (104)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)

Nome do BANCO:

AGÊNCIA:

3906

CONTA:

00002019

AGÊNCIA:

CONTA:

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

(Informar o dígito se existir)

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima:

☐ Solteiro

☐ Casado (no Civil)

☐ Divorciado

☐ Separado judicialmente

☐ Viúvo

24 - Data do óbito da vítima:

25 - Grau de Parentesco com a vítima:

26 - Vítima deixou companheiro(a):

☐ Sim

☐ Não

27 - Se a vítima deixou companheiro(a), informar o nome completo:

28 - Vítima teve filhos?

☐ Sim

☐ Não

29 - Se tinha filhos, informar Vivos:

Falecidos:

30 - Vítima deixou nascituro (vai nascer)?

☐ Sim

☐ Não

31 - Vítima teve irmãos?

☐ Sim

☐ Não

32 - Se tinha irmãos, informar Vivos:

Falecidos:

33 - Vítima deixou pais/avós vivos?

☐ Sim

☐ Não

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

34

Três dias úteis após a data de emissão do presente documento.

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, 13/10/2020

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

42 - Assinatura do Representante Legal (se houver)

CNPJ 001.10002/010

DADOS CADASTRAIS

INVALIDEZ PERMANENTE

MORTE

NÃO ALFABETIZADO

TESTEMUNHAS

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: 01500274275 3 - CPF da vítima: 01500274275 4 - Nome completo da vítima: REGINANDO ANDRADE DUARTE

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

5 - Nome completo: REGINANDO ANDRADE DUARTE 6 - CPF: 01500274275
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R: BRIGADO AR NERO MOURA 9 - Número: 435 10 - Complemento:
11 - Bairro: SILVIO BOTEHO 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69314490
15 - E-mail: LUANNA.SOUZAF71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 9599168367

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: — 19 - Profissão do Representante Legal: —
18 - CPF 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\$2.501,00 ATÉ R\$5.000,00 ☐ R\$1.001,00 ATÉ R\$2.500,00 ☐ ACIMA DE R\$5.000,00

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

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

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

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

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: —

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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

41 - Assinatura da vítima/beneficiário (declarante)

43 - Assinatura do Procurador (se houver)

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: 01500274275 3 - CPF da vítima: 01500274275 4 - Nome completo da vítima: REGINANDO ANDRADE DUARTE

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

5 - Nome completo: REGINANDO ANDRADE DUARTE 6 - CPF: 01500274275 9 - Número: 435 10 - Complemento:

7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R: BRIGADO AR NERO MOURA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69314490

11 - Bairro: SILVIO BOTEHO 12 - Cidade: BOA VISTA 15 - E-mail: LUANNA.SOUZAA71@HOTMAIL.COM 16 - Tel (DDD): 9599168367

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: —

19 - Profissão do Representante Legal: —

18 - CPF 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 A 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 CONTA: 00002019 (8)

☐ CONTA CORRENTE (Todos os bancos)
Nome do BANCO: —

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

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

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

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

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

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

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

DECLARAÇÃO DE ÚNICOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado civil da vítima: ☐ Solteiro ☐ Casado (no Civil) ☐ Divorciado ☐ Separado Judicialmente ☐ Viúvo 24 - Data do óbito da vítima: —

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

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

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

34

Impressão digital da vítima ou beneficiário não alfabetizado

35 - Nome legível de quem assina a 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

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 CAMPELO 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

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

Logradouro: Av. Brigadeiro

Bairro: São Bento

Nº: 691



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

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 trânsito no endereço acima citado. Ao chegarmos ao local constatamos um acidente de trânsito envolvendo os veículos 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 CAMPELO ,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



GOVERNO DO ESTADO DE RORAIMA
POLÍCIA CIVIL
PLANTÃO CENTRAL - BOA VISTA - RR

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

"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 del origem, conforme previsto nos Artigos 338-Denúnciação Caluniosa e 340-Comunicação Falsa do Crime ou de Contravenção do Código Penal Brasileiro."

PEDIDO DO SEGURO DPVAT

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

2 - Nº do Seguro (LSE): 3 - CPF da vítima: 045.002.742.75 4 - Nome completo da vítima: REGINALDO ANDRADE DUARTE

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

5 - Nome completo: REGINALDO ANDRADE DUARTE 6 - CPF: 045.002.742.75
7 - Profissão: AUTÔNOMO 8 - Endereço: R. BRIO DO AR NERO MOURA 9 - Número: 433 10 - Complemento:
11 - Bairro: SÍMIO BUTENHO 12 - Cidade: BOA VISTA 13 - Estado: RR 14 - CEP: 69314-490
15 - E-mail: LUANNA.SOUZ22A71@HOTMAIL.COM 16 - Telefone: 95991168367

DADOS DO REPRESENTANTE LEGAL (PAI, 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:

☒ REFUSO 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 DO INDIENSO ☐ REPRESENTANTE LEGAL DO BENEFICIÁRIO DA INDENIZAÇÃO ☐ CURADOR (TUTOR)

☒ CONTA POUPANÇA (Somente para menores de idade. Adotar uma opção)

☐ Bradesco (237) ☐ Itaú (341)

☐ Banco do Brasil (001) ☒ Caixa Econômica Federal (104)

AGÊNCIA: 3906 CONTA: 00002019 8

(Informe o código de estado)

(Informe o código de estado)

AGÊNCIA: CONTA:

(Informe o código de estado)

(Informe o código de estado)

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

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

☒ Declaro, sob as penas da Lei, que estou impossibilitado de apresentar o laudo do Instituto Médico Legal (IML) para os fins de requerimento de indenização do Seguro DPVAT (Lei nº 6.134/74), uma vez que:

- Não há IML que atenda a região do acidente ou da minha residência; ou
- O IML que atende a região do acidente ou da minha residência não realiza 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 acompanhamento da análise do meu pedido de indenização do Seguro DPVAT por invalidez permanente, com base na documentação médica apresentada, bem como a concessão de laudo do IML, encaminhando, desde já, com me submeter à análise médica presencial, caso necessário, às custas da Seguradora LIDER para verificação da existência e quantificação das lesões permanentes decorrentes e acidente de trânsito causado por veículo automotor, conforme o disposto na Lei 6.134/74.

Declaro que esta autorização não implica prévia concordância com a atuação do Instituto Médico Legal ou com a decisão do IML, caso discordar, ou seu conteúdo.

DECLARAÇÃO DE LIGAMOS BENEFICIÁRIOS - PREENCHIMENTO SOMENTE PARA COBERTURA DE MORTE

23 - Estado: 24 - Sexo: 25 - Data de Nascimento: 26 - Nome completo: 27 - Se a vítima deixou beneficiário(a), informar o nome completo:

28 - Vítima tem filhos? 29 - Se filhos vivos, informar: 30 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 31 - Vítima tem irmãos? 32 - Se irmãos vivos, informar: 33 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 34 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo?

35 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 36 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 37 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo? 38 - Vítima deixou beneficiário(a) vivo?

Estou ciente de que o Seguro DPVAT - Morte paga, caso ocorra, a indenização do Seguro DPVAT por morte aos herdeiros legítimos que se apresentarem a nós, em nome próprio, estando vivos, ainda, de qualquer união ou casamento, não verdadeira herança, e a concessão do seguro, não o reconhece, além da responsabilidade criminal por infração ao Artigo 259 do Código Penal.

39 - Nome legível de quem assina a pedido (a regra)
40 - CPF legível de quem assina a pedido (a regra)
41 - Assinatura de quem assina a pedido (a regra)

42 - 1ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha
43 - 2ª Nome: CPF: Assinatura de testemunha

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

45 - Assinatura da vítima/beneficiário (se houver):

46 - Assinatura da Representante Legal (se houver):

47 - Assinatura do Procurador (se houver):